|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa i zakres****szkolenia** | **Liczba miejsc dla uczestników** | **Terminy przyjmowania ankiet od potencjalnych uczestników szkolenia** | **Przewidywany termin rozpoczęcia szkolenia** | **Liczba godzin przypadająca na jednego uczestnika** |  **Charakterystyka osób, dla których szkolenie jest przeznaczone** | **Informacjao egzaminie zewnętrznym****TAK/NIE** |  **Rodzaj zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkoleniai uzyskanie kwalifikacji lub uprawnień** |
| 1. | **Szkolenia na indywidualny wniosek osoby bezrobotnej** | 92 | Styczeń – Listopad 2024lubdo wyczerpania środków finansowych | Luty- Grudzień2024 | zgodnie z programem szkolenia | preferowane osoby posiadające zaświadczenie pracodawcy o możliwości zatrudnienia po ukończonym szkoleniu |  | Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia i inne zgodnie z odrębnymi przepisami  |
| 2. | **ABC biznesu*** Podstawy prawne prowadzenia działalności gospodarczej
* Źródła finansowania działalności
* **Procedura rejestracji działalności gospodarczej**
* **Wybrane formy organizacyjne – prawne**

**działalności gospodarczej*** **Formy opodatkowania działalności**
 | 25 | Według zapotrzebowania | Luty - Grudzień2024 | 30 | szkolenie dla osób ubiegających się o przyznanie jednorazowych środków na rozpoczęcie działalności gospodarczej | NIE | Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia |
|  |  |  |