***Załącznik nr 2b***

*do Regulaminu udziału w stażach uczniowskich w projekcie „Rozwój szkolnictwa zawodowego w Mysłowicach”*

.……………….……………..

(miejscowość i data)

……………………………………..

Pieczątka zakładu pracy

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PODMIOTOWI PRZYJMUJĄCEMU NA STAŻ WYNAGRODZENIA DLA OPIEKUNA STAŻYSTY/TKI –JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA**

Wniosek dotyczy Porozumienia nr ……………………………. zawartego w dniu…………………………………………. r.

Wynagrodzenie dla opiekuna stażysty refundowany pracodawcy w kwocie ………… zł brutto wraz   
z kosztami pracodawcy.

W okresie od …………......................................... r. do …………………………………………. r.

(należy wskazać okres za jaki przysługuje wynagrodzenie za pełnienie funkcji opiekuna stażysty)

Środki finansowe proszę przekazać na konto bankowe ………………………………………………………………………

nr ………………………………………………………………………………………………………………………...........................................

Oświadczam, że od wynagrodzenia za pełnienie funkcji opiekuna stażysty podatek dochodowy od osób fizycznych będę płacił we własnym zakresie zgodnie z obowiązującą mnie formą opodatkowania.

................................................. ………………………………….........................................

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej  
 do reprezentowania firmy

**OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Oświadczam, iż w związku z pełnieniem funkcji opiekuna stażysty nad Panem/Panią

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

(Imię i nazwisko Uczestnika/uczestniczki projektu „Rozwój szkolnictwa zawodowego w Mysłowicach ”)

Na podstawie Porozumienia nr ……………………. na sprawowanie opieki nad ww. stażystą/stażystką w okresie

od ………………………………………….do …………………………………………….. przeznaczyłem 150 godzin.

..................................................... …………….…………………………………......................

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej  
 do reprezentowania firmy

1. Jestem świadomy, iż wypłata wynagrodzenia dla Opiekuna stażysty wynikać musi ze zwiększonego zakresu zadań (sprawowanie opieki nad stażystą/ami).

2.Oświadczam, że jako opiekun stażysty wykonuję dodatkowe zadania nie wynikające z działań na rzecz prowadzonej działalności gospodarczej.

3.Oświadczam, iż jestem świadomy, że wynagrodzenie przysługujące opiekunowi stażysty jest wypłacane z tytułu wypełniania obowiązków, nie zależy natomiast od liczby stażystów, wobec których te obowiązki świadczy.

4.Oświadczam, że zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.

5.Oświadczam, że od wynagrodzenia za pełnienie funkcji opiekuna stażysty podatek dochodowy od osób fizycznych będę płacił we własnym zakresie zgodnie zobowiązującą mnie formą opodatkowania.

6.Oświadczam, że zostałem poinformowany, że zwrot ww. kosztów jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

7.Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.

8.Wiarygodność Informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

................................................. ……………..…………………………………......................

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej   
 do reprezentowania firmy

**ZESTAWIENIE KOSZTOWE DOTYCZĄCE WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻU**

Maksymalna wysokość wynagrodzenia, pomniejszona proporcjonalnie do liczby godzin, które opiekun stażysty przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą nie może przekroczyć kwoty 500,00 zł brutto.

Wysokość wynagrodzenia nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin stażu zrealizowanych przez stażystów.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Okres za jaki przysługuje wynagrodzenie za pełnienie funkcji opiekuna stażysty  (podać miesiąc i rok) | Maksymalna wysokość wynagrodzenia ……… zł brutto wraz z kosztami pracodawcy | Liczba godzin pracy w miesiącu za który przysługuje wynagrodzenie: np.: | Liczba godzin, które właściciel jednoosobowej działalności gospodarczej przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą w miesiącu – zgodnie z oświadczeniem przedsiębiorcy | Podstawa wyliczenia wynagrodzenia (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4 | Wysokość wynagrodzenia do refundacji max 500,00 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Od ……………..do ………… | …………… | ………. | ………… | …. | …………. |
|  |  |  |  |  |  |

