***Załącznik nr 3***

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

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

*Pieczęć Pracodawcy Miejscowość, data*

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PRACODAWCY KOSZTÓW   
wynikających z Porozumienia o realizację staży**

w ramach projektu „Rozwój szkolnictwa zawodowego w Mysłowicach” realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu XI. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego dla działania: 11.2. Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy – kształcenie zawodowe uczniów dla poddziałania: 11.2.3. Wsparcie szkolnictwa zawodowego

Niniejszy wniosek stanowi załącznik do dokumentu finansowego (faktury /rachunku /noty obciążeniowej).

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Pracodawcy/ Zakładu pracy |  |
| Liczba Stażystów/Stażystek |  |
| Nr porozumienia/porozumień z dnia |  |
| Okres, za który składny jest wniosek (miesiąc, rok) |  |
| Wnioskowana kwota zwrotu zgodnie z zestawieniem w tab.1. |  |
| Słownie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabela. Zestawienie kosztowe dotyczące innych wydatków np. ref. biletów, szkolenia BHP, badania lek., ubrania robocze i inne** | | | | | |
| Rodzaj poniesionego wydatku zgodnie z par.10 ust.2 pkt 1-8 (zaznaczyć odpowiednie) | Nr dokumentu objętego refundacją | Data wystawienia dokumentu | Daty zapłaty dokumentu | Kwota  Brutto zł | Kwota zgłoszona  do  refundacji |
| Koszty dojazdu |  |  |  |  |  |
| Szkolenie BHP |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie |  |  |  |  |  |
| Ubrania robocze |  |  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |  |  |
| Wyposażenie stanowiska ……………………………………… |  |  |  |  |  |

Powyższą kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa i oddział banku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dodatkowe informacje:

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

….………..…………………………………….

*podpis i pieczątka przedstawiciela Pracodawcy*

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.
2. Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści
3. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że zwrot ww. kosztów jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.
5. Oświadczamy, iż na wniosek Miasta Mysłowice – Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego   
   w Mysłowicach lub instytucji uprawnionej do kontroli/audytu kwalifikowalności wydatków w projekcie (w okresie do 5 lat od dnia zakończenia projektu, tj. od dnia 30.09.2022 r.) przedstawimy dokumentację potwierdzającą poniesienie wydatków wskazanych w zestawieniu w tab. 1
6. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……….…………..…………………………………….

*Data, podpis i pieczątka przedstawiciela Pracodawcy*