

Załącznik nr 5 do Umowy o Odbywaniu Stażu

**OŚWIADCZENIE O REFUNDACJI DODATKU DO WYNAGRODZENIA
DLA OSOBY REPREZENTUJĄCEJ ORGANIZATORA STAŻU, KTÓRA WSKAŻE SIEBIE JAKO
OPIEKUNA STAŻU**

Projekt „**Nowe kwalifikacje szansą na lepszą pracę**”
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
OŚ PRIORYTETOWA I RYNEK PRACY OTWARTY DLA WSZYSTKICH
DZIAŁANIE 1.2 WSPARCIE OSÓB MŁODYCH NA REGIONALNYM RYNKU PRACY - PROJEKTY KONKURSOWE
PODDZIAŁANIE 1.2.1 WSPARCIE UDZIELANE Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Oświadczam, że w związku z pełnieniem funkcji Opiekuna Stażu nad Panem/Panią (wpisać imię i nazwisko):

.....

na sprawowanie opieki nad w/w Uczestnikiem przeznaczyłem/am godzin
(*należy wskazać liczbę godzin jaką Właściciel-Opiekun poświęcił na sprawowanie opieki nad Uczestnikiem projektu*)

Ww. w okresie od do
(*należy wskazać okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji Opiekuna Stażu*).

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z REFUNDACJĄ DODATKU ZA PEŁNIENIE FUNKCJI
OPIEKUNA STAŻU**

Maksymalna wysokość dodatku pomniejszona proporcjonalnie o liczbę godzin, którą Opiekun przeznaczył na sprawowanie opieki nad Uczestnikiem projektu nie może przekroczyć 500 zł brutto wraz z kosztami Podmiotu przyjmującego na staż. Wysokość wynagrodzenia nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin zrealizowanych przez Uczestnika stażu.

Okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji Opiekuna stażu (podać miesiąc i rok)	Maksymalna wysokość dodatku 500 zł brutto wraz z kosztami Organizatora stażu	Liczba godzin pracy w miesiącu, za który przysługuje dodatek	Liczba godzin jaką Właściciel-Opiekun poświęcił na sprawowanie opieki nad Uczestnikiem projektu w miesiącu – zgodnie z Oświadczeniem Organizatora stażu	Podstawa wyliczenia dodatku*	Wysokość Dodatku do refundacji (max. 500 zł brutto wraz z kosztami Organizatora stażu)
1	2	3	4	$5=(2/3)*4$	6

* Podstawa wyliczenia dodatku (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4

Sporządził:..... Zatwierdził:.....
(data i podpis) (podpis, pieczętka) (nazwa i pieczęć firmy)

NOTA KSIĘGOWA	NR
Data wystawienia:	Termin płatności
Metoda płatności: przelew	ORYGINAŁ

 Wystawca:
 Nazwa i adres:

 NIP:

 (nazwa i adres oraz NIP jednostki)

 Odbiorca:
 Nazwa i adres:
 Consulting-Med Jacek Chmiel
 ul. Warszawska 18A/6
 35-205 Rzeszów
 NIP: 7941522088

 (nazwa i adres oraz NIP jednostki)

L.p.	Obciążyliśmy	Waluta	Treść	Uznaliśmy	Waluta
1. zł	PLN	Sprawowanie opieki nad Uczestnikiem projektu „ Nowe kwalifikacje szansą na lepszą pracę ” w miesiącu zł	PLN

Razem: zł

Słownie:.....

Nr konta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Wystawca (pieczęć, podpis)

 Odbiorca (pieczęć, podpis)