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 **„Własna droga kariery zawodowej - Czas na rozwój"**
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, pieczątka) (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:
Instytut Doskonalenia Kadr
i Administracji Rafał Kata
ul. Malczewskiego 7/82
35-114 Rzeszów
NIP: 8131798072
……
(nazwa i adres oraz NIP jednostki)

L.p.	Obciążyliśmy	Waluta	Treść	Uznaliśmy	Waluta
1.	…… zł	PLN	Sprawowanie opieki nad Uczestnikiem projektu „Własna droga kariery zawodowej - Czas na rozwój” w miesiącu …….……..	…….. zł	PLN

Razem: …….. zł
Słownie:……..

Nr konta:

……..…….. .....…...……
Wystawca (pieczęć, podpis) Odbiorca (pieczęć, podpis)