

Załącznik Nr 5 do Załącznika Nr 1

....., dnia

Powiat Starogardzki
ul. Kościuszki 17
83-200 Starogard Gdański

.....
Nazwa podmiotu przyjmującego na praktykę/staż*

.....
Adres podmiotu przyjmującego na praktykę/staż*

.....
Adres e-mail i/lub nr telefonu

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PRACODAWCY
DODATKU DO WYNAGRODZENIA OPIEKUNA PRAKTYKANTA/STAŻYSTY*
w związku z realizacją praktyk zawodowych/staży zawodowych*
w ramach projektu „Wybieram przyszłość zawodową – podniesienie jakości szkolnictwa
zawodowego w Powiecie Starogardzkim”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu
Społecznego dotyczy umowy/umów*..... z dnia.....**

Stosownie do postanowień „Regulaminu udziału w praktykach zawodowych/stażach zawodowych w ramach projektu „Wybieram przyszłość zawodową – podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego w Powiecie Starogardzkim”, składam wniosek o refundację poniesionych kosztów dodatku do wynagrodzenia Opiekuna/ów praktykanta/stażysty w związku z realizacją praktyk zawodowych/staży zawodowych dla uczniów.

WNIOSKOWANA KWOTA: słownie:

Lp	Rodzaj poniesionego wydatku	Imię i nazwisko opiekuna	Imię i nazwisko ucznia	Termin odbywania i zrealizowane godziny praktyki/stażu*	Kwota dodatku brutto	Składki pracodawcy ¹	Łączna kwota do refundacji (F+G)
A	B	C	D	E	F	G	H
1.	Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna/ów						
Razem do refundacji:							

¹Składki pracodawcy obejmują składki na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, stanowiące koszt Pracodawcy, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku.

Zakres obowiązków opiekuna praktykanta/stażysty*:

1. określenie celu i programu stażu (we współpracy z Asystentem Szkolnym),
2. nadzór nad prawidłową realizacją i harmonogramem praktyki/stażu,
3. udzielanie Uczestnikom informacji zwrotnej w trakcie realizacji praktyki/stażu oraz po jej/jego zakończeniu.

Potwierdzam wykonanie w/w obowiązków oraz otrzymanie dodatku za opiekę nad grupą praktykantów/stażystów:

.....
podpis opiekuna praktykanta/stażysty*²

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku wniosku dotyczącego kilku opiekunów praktykantów/stażystów w firmie, każdy opiekun musi indywidualnie potwierdzić podpisem wykonanie obowiązków

Powyższą kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy nr

- - - - - - -

Oświadczam, że dodatek do wynagrodzenia Opiekuna praktykanta/stażysty nie przekracza 10% jego zasadniczego wynagrodzenia i wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą)

Oświadczam, że wszystkie składniki wynagrodzenia (wynagrodzenie netto, ubezpieczenie zdrowotne, składki ZUS, zaliczka na podatek dochodowy) wynikające z wypłaconego dodatku zostały zapłacone.

Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.

Zobowiązuje się zapewnić Powiatowi Starogardzkiemu oraz innym uprawnionym podmiotom, pełny wgląd we wszystkie dokumenty związane bezpośrednio lub pośrednio z realizacją praktyki/stażu.

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

Wiarygodność Informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania
Podmiotu przyjmującego na praktykę/staż'