

Załącznik nr 9

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY
PROJEKT „GOTOWI NA AKTYWNOŚĆ!”**

DOTYCZY TRÓJSTRONNEJ UMOWY NR Z DNIAO ODBYWANIE STAŻU ZAWODOWEGO

Rodzaj poniesionego wydatku	Imię i nazwisko opiekuna stażu	Imię i nazwisko stażysty/ki/ stażystów oraz okres odbywania stażu	Numer dokumentu objętego refundacją	Data wystawienia dokumentu	Data zapłaty dokumentu	Kwota brutto	Kwota zgłoszona do refundacji
<p>Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty.</p> <p>W wypadku, gdy nie został zwolniony od świadczenia pracy, w wysokości nie przekraczającej 10% jego zasadniczego wynagrodzenia wraz ze wszystkimi składkami wynagrodzenia wynikającego ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/tką /grupą stażystów, nie więcej niż 2 000,00 zł brutto jednorazowo za cały okres odbywania stażu tj. 4 miesiące).</p> <p>Wysokość wynagrodzenia nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin Stażu realizowanego przez Stażystę/grupę stażystów.</p>							

1. Jestem świadomy, iż wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty w wysokości nie przekraczającej 10% jego zasadniczego wynagrodzenia wraz ze wszystkimi składnikami wynagrodzenia wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/grupą stażystów).
2. Oświadczam, że osoby oddelegowane do opieki nad stażystą wykonują dodatkowe zadania nie wynikające z umowy o pracę.
3. Oświadczam, iż jestem świadomy, że wynagrodzenie przysługujące opiekunowi stażysty z tytułu wypełnienia nałożonych obowiązków odnosi się do zrealizowanej przez niego usługi, a nie do liczby stażystów, wobec których tę usługę świadczy.
4. Oświadczam, iż zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.
5. Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.
6. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż refundacja ww. kosztów jest współfinansowana ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolskie 2021 - 2027
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.

.....
data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy przyjmującego
na staż

WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Refundacja zostaje/nie zostaje przyznana*:

* - niepotrzebne skreślić