Załącznik nr 8b do umowy trójstronnej o staż

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU NA STAŻ**

do Projektu pn. „Opolskie staże z PO WERem”realizowanego przez Wojewódzki Urząd Pracy w Opolu w ramach Priorytetu I *Rynek pracy otwarty dla wszystkich*Działanie 1.2 *Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy* Poddziałanie 1.2.1 *Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego*Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020

……………………………………..

(miejscowość, data)

Ja, ……………………………………………………… (nr PESEL:………………………………………….) wnioskuję   
o zwrot kosztów dojazdu z miejscowości zamieszkania, tj: ………………..………………………………… do miejscowości odbywania stażu, tj: ……………………………………………………….. i z powrotem na staż za miesiąc ………………………………………………………

Oświadczam, że korzystałem/am z własnego lub użyczonego środka transportu.

Zwrotu proszę dokonać na konto nr:

*(proszę wpisać w tabelę nr konta – każda cyfra w osobnej kratce)*

W banku: …………………………………………………………………………………

Do wniosku załączam Oświadczenie o korzystaniu z własnego/ użyczonego środka transportu.

……………….………………………………….

*data i podpis Uczestnika Projektu*

**Oświadczenie o korzystaniu z własnego/ użyczonego środka transportu**

Ja niżej podpisany/a

|  |
| --- |
|  |

zamieszkały/a (adres zamieszkania)

|  |
| --- |
|  |

Posiadający nr PESEL:

|  |
| --- |
|  |

oświadczam, że korzystałam/em z własnego bądź użyczonego środka transportu:

numer rejestracyjny pojazdu: ………………………………………………………………….

……………………………………………………..

(data i podpis Uczestnika Projektu)

**WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU**

Rozliczenie kosztów dojazdu własnym/ użyczonym środkiem transportu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ilość km w jedną stronę**  **Google map**  **Tam/ powrót** | **Kwota do zwrotu**  **Tam/ powrót** | **Do wypłaty** |
|  |  |  |

**Oświadczenie o braku na danej trasie transportu komunikacji publicznej**

Oświadczam, że na trasie z: ………………………………………….. do: ………………………………………………… nie ma możliwości przejazdu transportem komunikacji publicznej.

Przewoźnik (np. PKP, PKS): ……………………………………………………..…

………………………………………………………..

*data, podpis i pieczątka przewoźnika*

**PRZELICZNIK ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU**

|  |  |
| --- | --- |
| Odległość w km | **Wysokość zwrotu kosztów dojazdu**  **(kwota w jedną stronę)** |
| 0-3 | **3,50 zł** |
| 4-6 | **4,00 zł** |
| 7-10 | **6,00 zł** |
| 11-13 | **7,00 zł** |
| 14-20 | **8,00 zł** |
| 21-25 | **9,00 zł** |
| 26-35 | **10,00 zł** |
| 36 i więcej | **10,00 zł** |