Załącznik nr 7a do Umowy o organizację Stażu uczniowskiego

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY /DANE DO WYPŁATY WYNAGRODZENIA**

Nazwa Przyjmującego na Staż (Pracodawca): …………………………………………………………………………………………………………………..

Nr umowy / umów o organizację Stażu uczniowskiego: …….................………………………………………………………………………….

W związku z realizacją stażu w ramach projektu „Śląskie. Zawodowcy” składam wniosek o refundację poniesionych kosztów wynagrodzenia Opiekuna Stażysty/-ów:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj poniesionego wydatku | Imię i nazwisko  Opiekuna stażysty zgodnie z Programem stażu | Imię i nazwisko Stażysty / Stażystów | Okres odbywania stażu od [dd.mm.rrrr]  do [dd.mm.rrrr] oraz liczba godzin | Numer/y listy / list płac objętej/ych refundacją | Data wystawienia  Listy płac | Data zapłaty wynagrodzenia | Data / daty zapłaty składek i podatku doch..  oraz składek pracodawcy | Kwota wynagrodzenia brutto (obliczona jak za urlop wypoczynkowy)  Proporcjonalnie za liczbę h stażu w danym miesiącu | Całkowita suma brutto ze składkami pracodawcy (liczone od wartości w kolumnie 9) | Wnioskowana kwota\* do refundacji  Nie więcej niż 5000,00 zł |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Wypłata wynagrodzenia Opiekuna Stażysty za miesiąc .... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Wskazana kwota powinna wynikać z dokumentów źródłowych, stanowiących podstawę refundacji, potwierdzających poniesione wydatki wskazane w tabeli. Przyjmujący na Staż jest zobowiązany przechowywać dokumenty źródłowe przez okres 5 lat od daty otrzymania refundacji oraz udostępnić je do wglądu i kontroli.

Powyższą kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy nr: …………………………………………………………………………………………………………………………………

prowadzony w …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Osoby oddelegowane do opieki nad stażystami wykonują dodatkowe zadania nie wynikające z umowy o pracę.
2. Osoby oddelegowane do opieki nad stażystami zostały całkowicie zwolnione od świadczenia pracy na rzecz Pracodawcy.
3. Jestem świadomy/a, że wynagrodzenie przysługujące Opiekunowi stażysty z tytułu wypełnienia nałożonych obowiązków odnosi się do zrealizowanej przez niego usługi, a nie do liczby stażystów.
4. Zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.
5. Zostałem/~~am~~ poinformowany/a, iż zwrot ww. kosztów jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.
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. Na wezwanie Partnera Projektu, Lidera, Instytucji Pośredniczącej lub podmiotów uprawnionych do kontroli dostarczę dokumentację związaną z niniejszym wnioskiem.
9. Wiarygodność Informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data………………………………………………………. Podpis………………………………………………………………………….