Załącznik nr 13 Regulaminu: wniosek o pokrycie kosztów wynagrodzenia Opiekuna stażu

………………………………………………… …………………………………………………

pieczątka Pracodawcy miejscowość, data

**WNIOSEK O POKRYCIE KOSZTÓW WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻU**

Niniejszy wniosek stanowi załącznik do dokumentu finansowego (faktury lub noty obciążeniowej).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Pracodawcy  i adres miejsca stażu** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Opiekuna stażu** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Stażysty/tki** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr umowy trójstronnej** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Okres, za który składny jest wniosek[[1]](#footnote-1) (miesiąc, rok)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sumaryczna liczba godzin przepracowanych przez Opiekuna/kę stażu , w tym na miesiąc** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wnioskowana kwota zwrotu** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr rachunku bankowego Pracodawcy[[2]](#footnote-2)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Na podstawie zawartej trójstronnej umowy stażowej o numerze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dotyczącej realizacji stażu studenckiego w ramach projektu: „Inżynieria mechaniczna dla przemysłu lotniczego - realizacja studiów dualnych II stopnia na Wydziale Budowy Maszyn i Lotnictwa Politechniki Rzeszowskiej” – nr umowy o *POWR.03.01.00-00-DU64/18-00*, oświadczamy, że dokonaliśmy wypłaty wynagrodzenia Opiekuna stażu wraz z wymaganymi obciążeniami publicznoprawnymi oraz wnosimy o zwrot kosztów wynagrodzenia Opiekuna stażu w miesiącu/miesiącach: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, w kwocie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) zgodnie z zestawieniem w Tab. 1 i wystawioną notą księgową.  Oświadczamy, iż na wniosek PRz lub instytucji uprawnionej do kontroli/audytu kwalifikowalności wydatków w projekcie (w okresie do 5 lat od dnia zakończenia projektu, tj. od dnia 28.02.2021 r.) przedstawimy dokumentację potwierdzającą poniesienie wydatków wskazanych w zestawieniu w tabeli 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dodatkowe informacje:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, podpis i pieczątka przedstawiciela Pracodawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabela 1. Zestawienie kosztowe dotyczące wynagrodzenia Opiekuna stażu** | | | |
| **Okres rozliczenia**  **od - do** | **Liczba godzin opieki nad stażystą**  (zgodnie z lista obecności stażysty) | **Stawka za godz. opieki nad stażystą**  **(zł)** | **Koszt wynagrodzenia opiekuna ogółem**  **(zł)** |
|  |  |  |  |

Data, podpis i pieczątka przedstawiciela Pracodawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. za 1, 2 lub 3 miesiące, zgodnie z umową trójstronną [↑](#footnote-ref-1)
2. nr rachunku, na który zostanie przelana wnioskowana kwota [↑](#footnote-ref-2)