………………………... ………….……..………….., dnia ………………..……............ r.

Pieczęć firmowa

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ**

 Proszę o refundację wynagrodzenia za sprawowanie przez niżej wymienione osoby opieki nad Uczestnikami/czkami projektu „Zintegrowany Program Podnoszenia Kompetencji studentów i pracowników Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”, nr umowy o dofinansowanie POWR.03.05.00-00-Z2017/17 w okresie .........../………/…………… r. - .........../………/…………… r. :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko Uczestnika/czki projektu** | **Imię i Nazwisko opiekuna/ki stażu** | **Liczba godz. stażu zrealizowanych w ww. okresie** | **Wnioskowana kwota refundacji[[1]](#footnote-1):** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **RAZEM KWOTA:** |  |

 Do wniosku załączam notę obciążeniową tytułem refundacji za sprawowanie przez ww. osoby opieki nad Uczestnikami/czkami projektu.

Oświadczam, że ww. opiekunowie staży są zobowiązani pełnić opiekę nad Uczestnikami/czkami, w wymiarze co najmniej odpowiadającym wymiarowi przeznaczonemu na opiekę nad Uczestnikami/czkami projektu i posiadają min. 3-letnie doświadczenie zawodowe.

………………………………………………………………..

(data, czytelny podpis osoby upoważnionej)

1. Możliwy do zrefundowania maksymalny koszt wynagrodzenia dot. opieki nad jedną osobą to 240,00 zł/staż/osoba (240 zł/osoba/miesiąc, 2 zł/godz. zegarowa stażu) przy stażu w wymiarze 120 godz./4 tygodnie zgodnie z zapisami Regulaminu organizacji staży w ramach projektu „Zintegrowany Program Podnoszenia Kompetencji studentów i pracowników Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”. [↑](#footnote-ref-1)