Załącznik nr 4

Wrocław, dnia ..............................

Gmina Wrocław

pl. Nowy Targ 1-8; 50-141 Wrocław

NIP: 897 13 83 551

Odbiorca:

Centrum Kształcenia Zawodowego

ul. Strzegomska 49a

53-611 Wrocław

Nazwa Podmiotu przyjmującego na staż

(lub pieczątka z NIP)

......................................................................................

NIP Podmiotu przyjmującego na staż

**Wniosek o refundację podmiotowi przyjmującemu na staż dodatku do wynagrodzenia Opiekuna stażysty**

w związku z realizacją staży uczniowskich w ramach projektu „Twój czas na staż“

realizowanego w ramach osi priorytetowej 10. Edukacja Działanie 10.4

Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy

## W oparciu o § 4 pkt. 4 i 10 Umowy Stażowej nr …/TCNS/2021 składam wniosek o refundację poniesionych kosztów dodatku do wynagrodzenia opiekuna/ów stażysty/ów w związku z realizacją staży uczniowskich

Wnioskowana kwota: …………………. zł słownie: ………………………… złotych 00/100

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj poniesionego wydatku | Imię i nazwisko opiekuna stażystów | Imię i nazwisko stażysty | Termin odbywania stażu / zrealizowane godziny | Kwota dodatku brutto | Składki Podmiotu przyjmuj ącego na staż[[1]](#footnote-1) | Składki Podmiotu przyjmuj ącego na staż[[2]](#footnote-2) | **Łączna kwota do refundacji**  **(F+G+H)** [[3]](#footnote-3) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1. | Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna/ów stażysty/stażystów |  |  | ……………….. – ……………… (150h) |  |  |  |  |
| 2. | Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna/ów stażysty/stażystów |  |  | …………….. – ………………. (150h) |  |  |  |  |
| **Razem do refundacji:** | | | | |  |  |  |  |

Zakres obowiązków opiekuna stażysty:

1. diagnoza kompetencji i kwalifikacji stażysty
2. określenie celu i programu stażu (we współpracy z nauczycielem);
3. udzielenie stażystom informacji zwrotnej w trakcie realizacji oraz po zakończeniu stażu uczniowskiego;
4. nadzór nad prawidłową realizacją i harmonogramem stażu uczniowskiego.

Potwierdzam wykonanie w/w obowiązków oraz otrzymanie dodatku za opiekę nad stażystą/grupą stażystów (*podpis opiekuna stażysty (-ów\*\*)*:

1. …………………………………… 2) ………………………………………..

*\*\* w przypadku wniosku dotyczącego kilku opiekunów stażystów w firmie, każdy opiekun musi indywidualnie potwierdzić podpisem wykonanie obowiązków*

Powyższą kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy nr

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że dodatek do wynagrodzenia opiekuna stażysty nie przekracza 10% jego zasadniczego wynagrodzenia i wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą)

Oświadczam, że wszystkie składniki wynagrodzenia (wynagrodzenie netto, ubezpieczenie zdrowotne, składki ZUS, zaliczka na podatek dochodowy) wynikające z wypłaconego dodatku zostały zapłacone.

Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.

Zobowiązuję się zapewnić Centrum Kształcenia Zawodowego we Wrocławiu oraz innym uprawnionym podmiotom pełny wgląd we wszystkie dokumenty związane bezpośrednio lub pośrednio z realizacją stażu.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.......................................................................................................................

Podpis i pieczęć Nazwa Podmiotu przyjmującego na staż

1. Składki Podmiotu przyjmującego na staż obejmują składki na ubezpieczenia społeczne stanowiące koszt Podmiotu przyjmującego na staż, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku. [↑](#footnote-ref-1)
2. Składki Podmiotu przyjmującego na staż obejmują składki na ubezpieczenia społeczne stanowiące koszt Podmiotu przyjmującego na staż, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku. [↑](#footnote-ref-2)
3. Łączna kwota do refundacji dodatku do wynagrodzenia jednego opiekuna z tytułu sprawowania opieki nad jednym stażystą nie może przekroczyć 500 zł. [↑](#footnote-ref-3)