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 Pracodawcy dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty

w związku z realizacją staży w ramach projektu „Od stażysty do specjalisty. Nowa jakość kształcenia we wrocławskich szkołach prowadzących kształcenie zawodowe“ 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 5 Umowy Stażowej nr .../OSDS/2020; .../OSDS/2020 składam wniosek o refundację poniesionych kosztów dodatku do wynagrodzenia Opiekunów Stażystów w związku z realizacją staży.

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 pracodawcy[1]	Składki pracodawcy[2]	**Łączna kwota do refundacji (F+G+H)** [3]
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1.	Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna/ów stażystów			..... – ..... (150h)				

[1]Składki pracodawcy obejmują składki na ubezpieczenia społeczne stanowiące koszt Pracodawcy, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku.
[2]Składki pracodawcy obejmują składki na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, stanowiące koszt Pracodawcy, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku.
[3]Łączna kwota do refundacji dodatku do wynagrodzenia jednego opiekuna z tytułu sprawowania opieki nad jednym stażystą nie może przekroczyć 500 zł.

2.	Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna/ów stażystów			…….. – …….. (150h)				
Razem do refundacji:								

Zakres obowiązków Opiekuna Stażysty:

a) diagnoza kompetencji i kwalifikacji stażysty;
b) określenie celu i programu stażu (we współpracy z nauczycielem);
c) udzielenie stażystom informacji zwrotnej w trakcie realizacji oraz po zakończeniu stażu zawodowego;
d) nadzór nad prawidłową realizacją i harmonogramem stażu zawodowego.

Potwierdzam wykonanie w/w obowiązków oraz otrzymanie dodatku za opiekę nad grupą stażystów (*podpis opiekuna stażystów***)*:

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.

Zobowiązuje 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 Pracodawcy