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/praktykę

(lub pieczątka z NIP)

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

NIP podmiotu przyjmującego na staż/praktykę

**Wniosek o refundację Pracodawcy dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty/praktykanta**

w związku z realizacją staży/praktyk 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/praktykantów w związku z realizacją staży/praktyk.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj poniesionego wydatku | Imię i nazwisko opiekuna stażystów/praktykantów | Imię i nazwisko stażysty/praktykanta | Termin odbywania stażu/praktyki/ zrealizowane godziny | Kwota dodatku brutto | Składki pracodawcy[[1]](#footnote-1) | Składki pracodawcy[[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 stażystów/praktykantów |  |  | ……………….. – ……………… (150h) |  |  |  |  |
| 2. | Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna/ów stażystów/praktykantów |  |  | …………….. – ………………. (150h) |  |  |  |  |
| **Razem do refundacji:** | | | | |  |  |  |  |

Zakres obowiązków opiekuna stażysty:

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

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

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

*\*\* w przypadku wniosku dotyczącego kilku opiekunów stażystów/praktykantów 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/praktykanta nie przekracza 10% jego zasadniczego wynagrodzenia i wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/praktykantem)

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/praktyki.

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

1. Składki pracodawcy obejmują składki na ubezpieczenia społeczne stanowiące koszt Pracodawcy, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku. [↑](#footnote-ref-1)
2. Składki pracodawcy obejmują składki na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, stanowiące koszt Pracodawcy, 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)