

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 pieczętka 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/2022 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 przyjmującego na staż <sup>1</sup>	Składki Podmiotu przyjmującego na staż <sup>2</sup>	Łączna kwota do refundacji (F+G+H) <sup>3</sup>
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1.	Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna/ów stażysty/stażystów			..... - ..... (150h)				

<sup>1</sup>Składki Podmiotu przyjmującego na staż obejmują składki na ubezpieczenia społeczne stanowiące koszt Podmiotu przyjmującego na staż, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku.

<sup>2</sup>Składki Podmiotu przyjmującego na staż obejmują składki na ubezpieczenia społeczne stanowiące koszt Podmiotu przyjmującego na staż, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku.

<sup>3</sup>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 stażysty/stażystów			..... - ..... (150h)				
<b>Razem do refundacji:</b>								

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 uczniowskiego;
- d) 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 oraz nazwa Podmiotu przyjmującego na staż