**Załącznik nr 9 do Umowy trójstronnej nr ……………….. z dnia ……………….**

…………………………………………….. ………..…………………..…………….…………

*Pieczęć Pracodawcy Miejscowość, data*

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PRACODAWCY WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻU**

w ramach projektu „Mój rozwój – moja przyszłość” nr RPMP.10.01.03-12-0353/16 realizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Priorytet X, Działanie 10.1. Rozwój kształcenia ogólnego, Poddziałanie 10.1.3 Edukacja w szkołach prowadzących kształcenie ogólne Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014- 2020

Niniejszy wniosek stanowi załącznik do dokumentu finansowego (listy płac/ faktury /rachunku /noty obciążeniowej).

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Pracodawcy/ Zakładu pracy |  |
| Imię i nazwisko Opiekuna stażu  |  |
| Imię i nazwisko Stażystki/Stażysty/Stażystów |  |
| Nr umowy trójstronnej z dnia |  |
| Okres, za który składny jest wniosek (miesiąc, rok) |  |
| Sumaryczna liczba godzin przepracowanych przez Opiekuna/kę stażu , w tym na miesiąc |  |
| Wnioskowana kwota zwrotu zgodnie z zestawieniem w tab.1. |  |
| Słownie  |  |

|  |
| --- |
| **Tabela 1. Zestawienie kosztowe dotyczące wynagrodzenia Opiekuna stażu** |
| Rodzaj poniesionego wydatku (zaznaczyć odpowiednie) | Nr dokumentu objętego refundacją | Data wystawienia dokumentu | Daty zapłaty dokumentu | KwotaBrutto zł | Kwota zgłoszonadorefundacji |
| Wypłata całości lub części (odpowiednio zaznaczyć) wynagrodzenia opiekuna stażu |  |  |  |  |  |
| Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażu |  |  |  |  |  |

Powyższą kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa i oddział banku:

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

Dodatkowe informacje:

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

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

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

….………..…………………………………….

*podpis i pieczątka przedstawiciela Pracodawcy*

1. Jestem świadomy, iż wypłata całości lub części wynagrodzenia Opiekuna Stażu w zakresie odpowiadającym delegowaniu opiekuna stażu
do zadań związanych z opieką nad stażystą jest możliwa w przypadku zwolnienia częściowego lub całkowitego opiekuna stażu od świadczenia pracy wynikającej z umowy o pracę. Opiekunowi stażu przysługuje wynagrodzenie miesięczne za czas częściowego lub całkowitego zwolnienia od świadczenia pracy obliczone jak za urlop wypoczynkowy.
2. Jestem świadomy, iż wypłata dodatku do wynagrodzenia Opiekuna Stażu w wysokości nieprzekraczającej 10% jego zasadniczego wynagrodzenia wraz ze wszystkimi składnikami wynagrodzenia musi wynikać ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad Stażystą).
3. Oświadczam, że osoby oddelegowane przez pracodawcę do opieki nad stażystą wykonują dodatkowe zadania nie wynikające z umowy o pracę , a zawarte w aneksie do umowy o pracę.
4. Oświadczam, iż jestem świadomy, że wynagrodzenie/dodatek do wynagrodzenia przysługujące opiekunowi stażu, nie zależy od ilości stażystów, którzy będą się znajdowali pod jego opieką.
5. Oświadczam, że zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.
6. Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści
7. Oświadczam, że wszystkie składniki wynagrodzenia/dodatku do wynagrodzenia (wynagrodzenie netto, składki ZUS, PIT) zostały zapłacone.
8. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że zwrot ww. kosztów jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
9. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.
10. Oświadczamy, iż na wniosek Starostwa Powiatowego w Tarnowie lub instytucji uprawnionej do kontroli/audytu kwalifikowalności wydatków
w projekcie (w okresie do 5 lat od dnia zakończenia projektu, tj. od dnia 31.08.2019 r.) przedstawimy dokumentację potwierdzającą poniesienie wydatków wskazanych w zestawieniu w tab. 1
11. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……….…………..…………………………………….

*Data, podpis i pieczątka przedstawiciela Pracodawcy*