*Załącznik nr 1 do wniosku*

**POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE**Centrum Aktywizacji Zawodowej

Ul. Strzegomska 7
59-400 Jawor

*o zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania*

 *i powrotu do miejsca odbywania stażu*

 **R O Z L I C Z E N I E**

**PONIESIONYCH KOSZTÓW PRZEJAZDU DO** **MIEJSCA STAŻU**

* **KOREKTA ROZLICZENIA**
1. **DANE WNIOSKODAWCY:**
* Nazwisko i imię:
* Adres zamieszkania:
* Nr telefonu:
* PESEL:
1. **INFORMACJE DO WNIOSKU:**
2. W miesiącu ………………….20………. roku z tytułu dojazdu do **miejsca stażu** i powrotu poniosłam/łem **koszty w wysokości ogółem:** …………………………. zł.

(słownie:…………………..………………………………………..................................................)

1. **Jednocześnie oświadczam, że**: trasę……………………….……………………… z miejsca

 (podać ilość kilometrów w dwie strony)

zamieszkania ………………………………………do miejsca odbywania stażu……………………………………………............... i powrotu pokonuję:

 transportem: zbiorowym; prywatnym; użyczonym;

1. **Należną mi kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy:**

/Nazwa banku/

Nr

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

 (czytelny podpis osoby składającej rozliczenie)

1. **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**
2. W przypadku biletów jednostkowych bilet PKS/PKP/przewoźnika prywatnego na trasie z jednego dnia (jeżeli osoba dojeżdża publicznym środkiem transportu) lub
3. W przypadku biletów miesięcznych: bilet miesięczny

****

**Rozliczenie należy złożyć do 05-go dnia roboczego każdego miesiąca,
następującego po miesiącu, którego zwrot dotyczy.**

 **W przypadku niezłożenia rozliczeń w terminie 1 miesiąca od daty zakończenia okresu,**

**na który przyznany był zwrot kosztów przejazdu, przyznane środki mogę zostać
nie wypłacone.**

1. **WYPEŁNIA URZĄD PRACY:**

 ……………………… **:** …………………….. **×**  ………………………………. **=** ………………………………….

 (przyznana kwota) (ilość dni roboczych) (ilość dni przepracowanych) (miesięczny koszt przejazdu)

(słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………..)

**POLECENIE WYPŁATY ZE ŚRODKÓW:**

* Fundusz Pracy
* Rezerwa Ministra - Program \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* RP EFS PLUS

……………………..…………………….

(podpis i pieczęć pracownika CAZ)