

POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE
Centrum Aktywizacji Zawodowej

Ul. Strzegomska 7
59-400 Jawor

R O Z L I C Z E N I E PONIESIONYCH KOSZTÓW PRZEJAZDU DO MIEJSCA STAŻU

I. DANE WNIOSKODAWCY:

- Nazwisko i imię: _____
- Adres zamieszkania: _____
- Nr telefonu: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II. INFORMACJE DO WNIOSKU:

1. W miesiącu20..... roku z tytułu dojazdu do **miejsca stażu** i powrotu poniosłam/łem **koszty w wysokości ogółem:** zł.
(słownie:.....)

2. **Jednocześnie oświadczam, że:** trasę..... z miejsca
(podać ilość kilometrów w dwie strony)
zamieszkaniado miejsca odbywania
stażu..... i powrotu pokonuję:
transportem: zbiorowym; prywatnym; użyzonym;

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

.....
/Nazwa banku/

Nr |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

.....
(czytelny podpis osoby składającej rozliczenie)

III. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. W przypadku biletów jednostkowych bilet PKS/PKP/przewoźnika prywatnego na trasie z jednego dnia (jeżeli osoba dojeżdża publicznym środkiem transportu) lub
2. 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 mogą zostać nie wypłacone.

IV. 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)