Załącznik nr 3 do Regulaminu staży/praktyk zawodowych

……………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………………

*pieczątka pracodawcy*

……………………………………………………

*nazwa pracodawcy*

……………………………………………………

*adres pracodawcy*

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PRACODAWCY**

**DODATKU DO WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY/PRAKTYKANTA**

**w związku z realizacją staży/praktyki zawodowej w ramach projektu**

**„Razem w Zawodową Przyszłość!”**

Zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020 r*. z dnia 2 czerwca 2015 r. pracodawcy przysługuje refundacja dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty/praktykanta wynikającego ze zwiększonego zakresu zadań w wysokości nieprzekraczającej 500 zł brutto miesięcznie (łącznie ze składkami pracodawcy) bez względu na ilość stażystów objętych opieką. Pracodawca może wnioskować o refundację wypłaconego dodatku po zakończeniu stażu.

Stosownie do postanowień umowy/ów o staż/praktykę zawodową nr …………………… z dnia ………………. składam wniosek o refundację poniesionych kosztów dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty/ów, praktykanta/ów Pana/Pani ………………………………………………………

**WNIOSKOWANA KWOTA:………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Termin odbywania stażu/praktyki zawodowej** | **Nazwisko i Imię Stażysty/Praktykanta** | **Kwota dodatku brutto** | **Składki pracodawcy od kwoty dodatku\*** | **Łączna kwota do refundacji (4+5)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Składki pracodawcy obejmują składki na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, stanowiące koszt Pracodawcy, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku.

Kwotę refundacji proszę przekazać na rachunek bankowy nr

\_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ -

Oświadczam, że dodatek do wynagrodzenia Opiekuna stażysty/praktykanta nie przekracza 10% jego zasadniczego wynagrodzenia. Oświadczam, że dodatek do wynagrodzenia wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/praktykantem). Oświadczam, że wszystkie składniki wynagrodzenia (wynagrodzenie netto, ubezpieczenie zdrowotne, składki ZUS, zaliczka na podatek dochodowy, FGŚP) wynikające z wypłaconego dodatku zostały zapłacone. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

…………………………………………………………………

*Pieczęć i podpis Pracodawcy*

Oświadczam, iż otrzymałem/am dodatek do wynagrodzenia za sprawowanie opieki nad stażystą/praktykantem w wysokości …………………… za okres od …………………. do ……………………………. .

…………………………………………………………………

*Czytelny opiekuna Praktykanta/Stażysty*