Projekt „Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II” współfinansowany ze środków budżetu państwa i Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego

Zał. 1 do umowy stażowej

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Organizatora Stażu | Fundacja Incept |
| Tytuł Projektu | Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II |
| Nr projektu | WND-RPPK.07.01.00-18-0119/20 |

……………………………………………….

/pieczęć zakładu pracy/

**LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTY W MIESIĄCU ………………………………..**

**W RAMACH UMOWY NR ......../7.1/STAZ/PPWZ-II/2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dzień miesiąca** | **Godziny** | **Imię i nazwisko**  **…………………………….** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |
| 31 |  |  |

* W przypadku L-4 kserokopię zwolnienia dołączyć do listy
* Kopię wniosku o udzielenie urlopu stażyście należy dołączyć do listy obecności

………………………………………….

/pieczęć i podpis/

Projekt „Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II” współfinansowany ze środków budżetu państwa i Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego

Zał. 2 do umowy stażowej

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Organizatora Stażu | Fundacja Incept |
| Tytuł Projektu | Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II |
| Nr projektu | WND-RPPK.07.01.00-18-0119/20 |

……………………….

miejscowość, data

……………………………….

pieczątka zakładu pracy

**OPINIA PRACODAWCY**

o odbytym przez Uczestnika Projektu stażu

Pan/ Pani …………………………………………………………………………………………………………………………………

Odbył/a staż na stanowisku ……………………………………………………………………………………………………

Opiekun stażu …………………………………………………………………………………………………………………………

**Staż obejmował zadania i obowiązki :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nabyte umiejętności lub kwalifikacje :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oceniając przebieg stażu stwierdza się że :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………….……….

podpis pracodawcy

Zał. 3 do umowy stażowej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOTA KSIĘGOWA | | NR …./PPWZ-II/2021/kod firmy |
| Data wystawienia: | Termin płatności: 14 dni | |
| Metoda płatności: przelew | | ORYGINAŁ |
| Nr konta: | |

Wystawca:

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

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

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

NIP ............................................

Adresat:

Fundacja Incept

Wybrz. Korzeniowskiego 2/20

50-226 Wrocław

NIP: 8952035033

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Obciążyliśmy | Waluta | Treść | Uznaliśmy | Waluta |
| 1 | …………… | PLN | Wynagrodzenie Opiekuna stażysty za opiekę nad ………………………………………. za okres ..…./……/2021-……/……/2021 | - | - |

Razem: ……………………………. PLN

Słownie: ……………………………………………………… złotych 00/100

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

(wystawca) (adresat)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOTA KSIĘGOWA | | NR …./PPWZ-II/2021/kod firmy |
| Data wystawienia: | Termin płatności: 14 dni | |
| Metoda płatności: przelew | | ORYGINAŁ |
| Nr konta: | |

Adresat:

Fundacja Incept

Wybrz. Korzeniowskiego 2/20

50-226 Wrocław

NIP: 8952035033

Wystawca:

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

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

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

NIP ............................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Obciążyliśmy | Waluta | Treść | Uznaliśmy | Waluta |
| 1 | …………………… | PLN | Wynagrodzenie Opiekuna stażysty za opiekę nad ………………………………………. za okres ..…./……/2021-……/……/2021 | - | - |

Razem: ……………. PLN

Słownie: ……………………………………………………………… złotych 00/100

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

(wystawca) (adresat)

Załącznik do Noty księgowej

**Projekt „Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II”, nr RPPK.07.01.00-18-0118/20**

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa,

realizowany przez Centrum Animacji Społecznej, Fundację Incept oraz HORYZONTARIUM Martyna Radywoniuk,

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 2014-2020

Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy

………………………………….

(pieczęć firmowa)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Pan(i) ……………………………………………………...……………………………………..………………………………………………………………….............

(imię i nazwisko opiekuna stażysty)

Była opiekunem stażysty ……………………………...…………………………………………………………………………………………………..…

(Imię i nazwisko stażysty)

w okresie od …….………………………. do ……..………………………….

w …………………………………………...……………………………………...………………………………...………………………………………………

(nazwa i adres pracodawcy)

w zawodzie ……………………………………………...………………………………………………………………………………………………………….

na stanowisku …………………………………………………...………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, iż refundacja dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty, w sytuacji, gdy nie został zwolniony od świadczenia pracy, wynosi **10% zasadniczego wynagrodzenia opiekuna stażysty** wraz ze wszystkimi składnikami wynagrodzenia wynikającego ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad grupą stażystów/stażystą za realizację 150 h stażu zawodowego), ale nie więcej niż 400,00 PLN/m-c. Wysokość wynagrodzenia opiekuna stażysty nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin stażu zawodowego zrealizowanych przez uczestników projektu;

Oświadczam, iż nie zalegam ze składkami na ubezpieczenia społeczne, w urzędzie skarbowym oraz innymi opłatami na rzecz skarbu państwa.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość powyższych danych.

………………………………………………………………

(data i podpis)

Projekt „Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II” współfinansowany ze środków budżetu państwa i Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego

Zał. 4 do umowy stażowej

**Informacja Uczestnika Projektu o numerze rachunku bankowego**

Projekt „Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa, realizowany przez Centrum Animacji Społecznej, Fundację Incept oraz HORYZONTARIUM Martyna Radywoniuk w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego Oś Priorytetowa VII Regionalny rynek pracy; Działanie 7.1 Poprawa Sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy-projekty konkursowe

Nr projektu: RPPK.07.01.00-18-0119/20

|  |  |
| --- | --- |
| **WŁAŚCICIEL RACHUNKU- UCZESTNIK PROJEKTU** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **PESEL** |  |
| **BANK** | |
| **Nazwa banku** |  |
| **Numer rachunku**  **bankowego** |  |

|  |
| --- |
| **Czytelny podpis, data** |
|  |

Projekt „Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II” współfinansowany ze środków budżetu państwa i Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego

Zał. 5 do umowy stażowej

**Informacja ZAKŁADU PRACY o numerze rachunku bankowego**

Projekt „Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa, realizowany przez Centrum Animacji Społecznej, Fundację Incept oraz HORYZONTARIUM Martyna Radywoniuk w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego Oś Priorytetowa VII Regionalny rynek pracy; Działanie 7.1 Poprawa Sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy-projekty konkursowe

Nr projektu: RPPK.07.01.00-18-0119/20

|  |  |
| --- | --- |
| **WŁAŚCICIEL RACHUNKU- ZAKŁAD PRACY** | |
| **Nazwa firmy** |  |
| **Dane adresowe** |  |
| **NIP** |  |
| **BANK** | |
| **Nazwa banku** |  |
| **Numer rachunku**  **bankowego** |  |

|  |
| --- |
| **Czytelny podpis, data** |
|  |

Projekt „Podkarpacki program wsparcia zatrudnienia – edycja II” współfinansowany ze środków budżetu państwa i Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego

Zał. 6 do umowy stażowej

**Oświadczenie osoby uczestniczącej o chęci skorzystania z prawa do refundacji kosztów opieki nad osobą zależną**

Ja …………………………………………………oświadczam, że będę chciał/chciała skorzystać z prawa do refundacji kosztów opieki nad osobą zależną, w czasie mojego uczestnictwa w szkoleniu zawodowym**,** przygotowującym dowykonywania zawodu: ……………………………………………………………………….

Jednocześnie zwracam się z uprzejmą prośbą o wpłacenie refundacji na rachunek bankowy nr:

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

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

(czytelny podpis)