

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU UCZESTNIKÓW PROJEKTU
realizowany w ramach projektu pn „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu
utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, z Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18-00

Ja niżej podpisana/y
(Imię i nazwisko)

numer PESEL

zamieszkała/y w
(adres zamieszkania)

oświadczam, że w związku z moim udziałem w miesiącu rokuw projekcie pod tytułem „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”:

1. Dojeżdżałem/am:

- na miejsce realizacji usług zdrowotnych lub działań inf - edukacyjnych dotyczące tematyki RPZ w ramach projektu tj. CMP Sp. z o.o. przy ul. Komorowskiego 12 w Krakowie **z miejsca zamieszkania**
- z miejsce realizacji usług zdrowotnych lub działań inf - edukacyjnych dotyczące tematyki RPZ w ramach projektu tj. CMP Sp. z o.o. przy ul. Komorowskiego 12 w Krakowie **do miejsca zamieszkania**

2. Koszt dojazdu miesięczny wynika z poniższej kalkulacji:

Lp	Data	Kwota brutto w PLN (Koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu w obie strony)	Informacja dodatkowa
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			
RAZEM WPLN			

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości.....zł.

Zwrotu kosztów dojazdu proszę dokonać na konto:

.....
(Dane posiadacza rachunku)

.....
(Numer rachunku)

.....
(Nazwa banku)

.....
(Data i podpis uczestnika Projektu)



OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI CENY BILETU NA OKREŚLONEJ TRASIE PRZEJAZDU

Oświadczam, że od dnia:.....

na trasie z do

- występuje połączenie bezpośrednie, a cena najtańszego biletu środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy w obie strony na ww. trasie wynosi zł
(słownie:)*
- nie występuje połączenie bezpośrednie, a cena najtańszego biletu środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy w obie strony na równorzędnej trasie wynosi zł
(słownie:)*

miejsowość i data

podpis

* *niepotrzebne skreślić*

** *zaznaczyć właściwe*

Załączniki:

- wydruk ze strony internetowej danego przewoźnika dokumentujący ceny biletów obowiązujących na danej trasie lub oryginalne bilety zawierające cenę, trasę przejazdu i okres obowiązywania (jeżeli dotyczy) lub inny dokument potwierdzający cenę biletu



**DEKLARACJA KORZYSTANIA ZE ZWROTU KOSZTÓW
W OKRESIE ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU**

w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

DANE OSOBOWE	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Deklaruję chęć korzystania ze zwrotu kosztów zapewnienia opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się jako osoba korzystająca z usł. zdrowotnych lub działań inf - edukacyjnych dotyczące tematyki RPZ w ramach projektu	
<input type="checkbox"/> Tak	
<input type="checkbox"/> Nie	
Deklaruję chęć korzystania ze zwrotu kosztu dojazdu na usł zdrowotnych lub działań inf - edukacyjnych dotyczące tematyki RPZ w ramach projektu	
<input type="checkbox"/> Tak	
<input type="checkbox"/> Nie	
.....	
Data i czytelny podpis	