



Projekt pn. „Kształcenie ustawiczne gwarantem wysokiego profesjonalizmu pielęgniarek i położnych” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - Działanie 5.4 „Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych” PO WER 2014-2020

Załącznik nr 1

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU PRYWATNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU

Kod kursu

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu

Adres zamieszkania Uczestnika Projektu

Nazwa kursu

Miejsce prowadzenia kursu

Oświadczam, że z uwagi na brak odpowiednich połączeń komunikacyjnych w okresie trwania kursu w ramach Projektu pn. „Kształcenie ustawiczne gwarantem wysokiego profesjonalizmu pielęgniarek i położnych” współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 5.4 „Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020.

od dnia do dnia

korzystałam/korzystałem z prywatnego środka transportu, samochód marki

o nr rejestracyjnym i proszę o zwrot kosztów będących równowartością przejazdu

Wykłady / ćwiczenia / egzamin

	x		=		x 2	
Koszt dojazdu najtańszym środkiem transportu (PKP, PKS, BUS, MZK, inne*)		liczba obecności na kursie				Koszty dojazdów

Staże

	x		=		x 2	
Koszt dojazdu najtańszym środkiem transportu (PKP, PKS, BUS, MZK, inne*)		liczba obecności na kursie				Koszty dojazdów

RAZEM KOSZTY DOJAZDÓW
(Wykłady + ćwiczenia + staże + egzamin)

Słownie złotych:

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika Projektu

Załączniki:

1. Zaświadczenie od przewoźnika o cenie biletu na danej trasie (**dojazd, powrót**) potwierdzające cenę biletu lub na podstawie biletu (**dojazd, powrót**) - oryginał lub kserokopia + kserokopia prawa jazdy i dowodu rejestracyjnego.
2. Umowa użyczenia samochodu – w przypadku korzystania z pojazdu użyczonego lub Oświadczenie o dowożeniu Uczestniczki/ka Projektu – w przypadku dowożenia przez osobę trzecią.

Wypełnia Organizator kształcenia

TAK

NIE

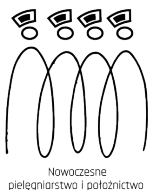
Data i czytelny podpis Organizatora kształcenia:

1. Czy zestawienie jest zgodne z listą obecności

☐☐

* właściwe zaznaczyć

.....



Biuro Projektu:
Centrum Doskonalenia Kadr Medycznych w Busku - Zdroju Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Kielcach
ul. Wojska Polskiego 30; 28-100 Busko - Zdrój,
tel./fax: 41 378 28 74 lub tel.: 41 378 43 40
pielgniarki@zdz.kielce.pl www.pielgniarki.zdz.kielce.pl

Projekt pn. „Kształcenie ustawiczne gwarantem wysokiego profesjonalizmu pielęgniarek i położnych” jest realizowany na podstawie umowy nr POWER.05.04.00-00-0027/15-00 zawartej ze Skarbem Państwa - Ministrem Zdrowia

