**Załącznik nr 1 do Aneksu nr**

………………………………….. Miejscowość …..……………., dnia ……........... r.

Pieczęć Zakładu pracy

**WNIOSEK O POKRYCIE KOSZTÓW WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻU**

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

Imię i nazwisko Opiekuna/ki stażu po stronie pracodawcy

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

Imię i nazwisko Studenta/tów nad którymi Opiekun/ka sprawował nadzór

…………………………………………………………………. …………………………………………………………………

Termin odbytego stażu (dn/m/r – dn/m/r) Sumaryczna liczba godzin przepracowanych przez Opiekuna/kę stażu

Na podstawie zawartej trójstronnej umowy stażowej o numerze ………….. z dnia ………… dotyczącej realizacji stażu studenckiego w ramach projektu: *„Program wysokiej jakości staży dla studentów Wydziału Przyrodniczo-Technologicznego Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu”* – nr umowy o dofinansowanie UDA-POWR.03.01.00-00-S239/15, wnosimy
o zwrot kosztów wynagrodzenia Opiekuna stażu w miesiącu: ………………………... 2016, zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Opiekuna/ki stażu** | **Imię i nazwisko stażysty/stażystki** | **Nr Umowy trójstronnej** | **Ilość miesięcy stażowych do rozliczenia** | **Liczba godz. stażu zrealizowanych w jednym m-cu** | **Wnioskowana kwota zwrotu** |
|  |  |  |  | *120 godz.* | *zł\** |

Ogółem kwota do zwrotu: ………………………………………………………………………………………………….......................................... zł

(słownie: .................................................................................................................................................................................................... złotych)

Środki finansowe należy przekazać na rachunek bankowy o numerze: ...........................................................................................

(nazwa banku, nr rachunku)

Niniejszy wniosek stanowi załącznik do dokumentu finansowego (faktury lub noty obciążeniowej) oraz Karty wykonywanych czynności Opiekuna stażu po stronie Pracodawcy.

Podpis przedstawiciela Zakładu Pracy

……………………………………………………………….

\* odpowiednio, 286,80 zł za opiekę nad 1 – 9 studentów za 1 miesiąc pomnożone w razie potrzeby przez liczbę miesięcy lub 2 874,00 zł za opiekę nad co najmniej 10 studentami, pomnożone w razie potrzeby przez liczbę miesięcy.