

Załącznik nr 14 Regulaminu

.....
pieczętka Pracodawcy

.....
miejsowość, data

WNIOSEK O POKRYCIE KOSZTÓW WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻU

Imię i nazwisko Opiekuna stażu	
Imię i nazwisko Stażysty/tki	
Nr umowy trójstronnej	
Okres, za który składny jest wniosek¹ (miesiąc, rok)	
Sumaryczna liczba godzin przepracowanych przez Opiekuna/kę stażu, (miesiąc obliczeniowy)	
Wnioskowana kwota zwrotu	
Nr rachunku bankowego	

Wykonywane zadania:

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

Data, podpis Opiekuna stażu

.....

¹ za 1, 2 lub 3 miesiące, zgodnie z umową trójstronną