|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *załącznik nr 1* | | **OŚWIADCZENIE do Noty księgowej nr ......................................................** | | | | | | |
| **Oświadczam, że w miesiącu ...................................................... roku, został wypłacony niżej wykazany dodatek dla następujących osób, pełniących funkcję opiekuna stażystów/praktykantów w projekcie pn. „Doświadczenie i doskonalenie zawodowe to moja lepsza przyszłość”, umowa  o dofinansowanie nr FEPK.07.13-IP.01-0029/23-00, realizowanego w ramach Funduszy Europejskich dla Podkarpacia 2021–2027.** | | | | | | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika (opiekuna stażu) | Imię i nazwisko stażysty/ów, praktykanta/ów | Okres realizacji stażu (od-do) | Dodatek dla opiekuna | | Liczba godzin opieki nad stażystą/ praktykantem  w miesiącu (B) | **Kwota refundacji -dodatek brutto wraz ze składkami finansowanymi przez pracodawcę (maksymalnie 300,00 zł)** | | |
| Kwota dodatku brutto | Składki finansowane przez pracodawcę (A) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **RAZEM** | | | | | | |  | | |
| Załączniki:   1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia listy płac, 2. Potwierdzenie przelewu dodatku na ROR, 3. Potwierdzenie przelewu składek ZUS, podatku, składek na PPK. | | | | | | | | |
| Oświadczam, że wszystkie składniki (dodatek netto, ubezpieczenie zdrowotne, składki ZUS, zaliczka na podatek dochodowy, PPK) wynikające  z wypłaconego dodatku zostały zapłacone. | | | | | | | | |
| Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści. | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Zatwierdził: **………………………...** | | | | | | |
| *pieczęć firmy i czytelny podpis* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

(A) Składki pracodawcy obejmują składki na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, PPK stanowiące koszt Pracodawcy.

(B) Należy podać godziny zegarowe.

*Załącznik nr 2*

**OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Oświadczam, iż w związku z pełnieniem funkcji opiekuna stażysty/praktykanta nad

Panem/Panią ……………………………………………………… (Imię i nazwisko stażysty/praktykanta)

Na podstawie umowy z dnia .................................................... na sprawowanie opieki nad ww. stażystą przeznaczyłem …………. godzin (należy wskazać liczbę godzin, jaką właściciel działalności gospodarczej poświęcił na sprawowanie opieki nad stażystą) w okresie od …..........……………. do ……………...........……

(należy wskazać okres, za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty).

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

Miejscowość, data Pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

**ZESTAWIENIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REFUNDACJĄ   
DODATKU ZA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA STAŻYSTY/PRAKTYKANTA**

Maksymalna wysokość dodatku, pomniejszona proporcjonalnie do liczby godzin, które właściciel działalności gospodarczej przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą/praktykantem nie może przekroczyć kwoty 300,00 zł brutto. Wysokość dodatku nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin stażu/praktyki zrealizowanych przez stażystów/praktykantów.

Oświadczam, że kwota 300,00 zł została wypłacona na konto opiekuna.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty/ praktykanta | Maksymalna wysokość dodatku  300,00 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy | Liczba godzin pracy w miesiącu, za który przysługuje dodatek | Liczba godzin, które właściciel działalności gospodarczej przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą/ praktykantem w miesiącu – zgodnie z oświadczeniem przedsiębiorcy | Podstawa wyliczenia dodatku  (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4 | Wysokość  dodatku do refundacji  max 300,00 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |

Wysokość dodatku (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4

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

Miejscowość, data Pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy