



Załącznik nr 1. do Regulaminu zwrotu kosztów dojazdu dla uczestników projektu „Akademia młodych 4”

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU NA DORADZTWO, PORADNICTWO ZAWODOWE, WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE ORAZ POŚREDNICTWO PRACY W RAMACH PROJEKTU „Akademia młodych 4”:

CZĘŚĆ A wypełnia uczestnik projektu

(w polu oznaczonym zaznaczyć znakiem **X** formy wsparcia, których dotyczy wniosek):

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK:

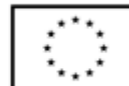
Imię i nazwisko:

PESEL:

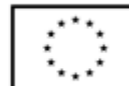
W związku z uczestnictwem w projekcie „Akademia młodych 4” wnoszę o zwrot (refundację) kosztów przejazdu z miejscowości, w której zamieszkuje do miejsc, w których było realizowane DORADZTWO, PORADNICTWO ZAWODOWE, WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE ORAZ POŚREDNICTWO PRACY w ramach w/w projektu. Składany wniosek dotyczy zwrotu kosztów przejazdu na następujące formy wsparcia¹:

<input type="checkbox"/> Indywidualizacja wsparcia i określenie ścieżki zawodowej	
Terminy realizacji wsparcia:	1. data: 2. data:
Miejsce 1	
Miejsce zamieszkania uczestnika projektu aktualne na dzień wsparcia:	ul. kod pocztowy: miejscowość:
Miejsce 2	
Miejscowość realizacji w/w wsparcia:	kod pocztowy: miejscowość:
Liczba przejazdów, której dotyczy wniosek:	z miejsca 1 do miejsca 2: z miejsca 2 do miejsca 1:

¹ Należy wstawić X lub V przy formach wsparcia, których dotyczy dany wniosek.



Koszt poniesiony w związku z jednym przejazdem	z miejsca 1 do miejsca 2: zł z miejsca 2 do miejsca 1: zł
<input type="checkbox"/> Poradnictwo zawodowe i wsparcie psychologiczne	
Terminy realizacji wsparcia:	1. data: 2. data: 3. data: 4. data: 5. data: 6. data:
Miejsce 1	
Miejsce zamieszkania uczestnika projektu aktualne na dzień wsparcia:	ul. kod pocztowy: miejscowość:
Miejsce 2	
Miejscowość realizacji w/w wsparcia:	kod pocztowy: miejscowość:
Liczba przejazdów, której dotyczy wniosek:	z miejsca 1 do miejsca 2: z miejsca 2 do miejsca 1:
Koszt poniesiony w związku z jednym przejazdem	z miejsca 1 do miejsca 2: zł z miejsca 2 do miejsca 1: zł
<input type="checkbox"/> Pośrednictwo pracy	
Terminy realizacji wsparcia:	1. data: 2. data:
Miejsce 1	
Miejsce zamieszkania uczestnika projektu aktualne na dzień wsparcia:	ul. kod pocztowy: miejscowość:



CZĘŚĆ B - wypełnia Beneficjent (Twin Media Sp.z o.o.)

Forma wsparcia	Przejazd z miejsca zamieszkania uczestnika projektu do miejscowości, gdzie odbywało się wsparcie			Przejazd z miejscowości, gdzie odbywało się wsparcie do miejsca zamieszkania uczestnika projektu		
	Liczba przejazdów, których dotyczy wniosek	Kwota zwrotu za 1 przejazd	Suma zwrotu (iloczyn liczby przejazdów i kwoty zwrotu)	Liczba przejazdów, których dotyczy wniosek	Kwota zwrotu za 1 przejazd	Suma zwrotu (iloczyn liczby przejazdów i kwoty zwrotu)
Indywidualizacja wsparcia i określenie ścieżki zawodowej						
Poradnictwo zawodowe i wsparcie psychologiczne	Liczba przejazdów, których dotyczy wniosek	Kwota zwrotu za 1 przejazd	Suma zwrotu (iloczyn liczby przejazdów i kwoty zwrotu)	Liczba przejazdów, których dotyczy wniosek	Kwota zwrotu za 1 przejazd	Suma zwrotu (iloczyn liczby przejazdów i kwoty zwrotu)
Pośrednictwo pracy	Liczba przejazdów, których dotyczy wniosek	Kwota zwrotu za 1 przejazd	Suma zwrotu (iloczyn liczby przejazdów i kwoty zwrotu)	Liczba przejazdów, których dotyczy wniosek	Kwota zwrotu za 1 przejazd	Suma zwrotu (iloczyn liczby przejazdów i kwoty zwrotu)
W sumie do zwrotu:				W sumie do zwrotu:		

Zatwierdzam do wypłaty kwotę
(PLN)

Pieczczę i podpis osoby
uprawnionej