



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU UCZESTNIKA NA ZAJĘCIA
W RAMACH PROJEKTU NOWE KWALIFIKACJE I UPRAWNIENIA PODSTAWĄ
DO POPRAWY USŁUG MEDYCZNYCH w POLSCE NR POWR.05.04.00-00-0026/15
WSPÓLFINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ**

OŚWIADCZENIE

.....
(imię i nazwisko)

Oświadczam, że jako uczestnik kursu:
dojeżdżałam/em na zajęcia własnym/użyczonym samochodem marki
.....o numerze rejestracyjnym
na trasie.....
Koszt dojazdu transportem publicznym (PKS/PKP) na powyższej trasie wynosi:
.....

.....
(czytelny podpis)