Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

WNIOSEK O ZWROT 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 WSPÓŁFINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ.

dnia……

…….
(imię i nazwisko)

PESEL

……...
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że jako uczestnik kursu: ……

Dojeżdżałem/am na zajęcia zgodnie z poniższym zestawieniem:

ZAJĘCIA TEORETYCZNE

Data	Opis trasy od – do	Środek transportu	Cena biletu w dwie strony
RAZEM			

ZAJĘCIA PRAKTYCZNE

Data	Opis trasy od – do	Środek transportu	Cena biletu w dwie strony
RAZEM			

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości: …… zł na konto:

……...

……
(czytelny podpis)

Załączniki do wniosku:

- ☐ bilety PKP
- ☐ bilety PKS
- ☐ kserokopia prawa jazdy
- ☐ kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu
- ☐ oświadczenie o użyczeniu samochodu