**Załącznik nr 5**

**„**Koordynatorzy działań edukacyjnych w zakładach pracy**”**

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2015-2020

Oś priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa

Działanie 4.2 Programy mobilności ponadnarodowej

**Formularz zwrotu kosztów dojazdu**

Ja niżej podpisany/a (*imię i nazwisko)* ………………………………………………… oświadczam, że w związku z moim udziałem w wizycie studyjnej i szkoleniu/seminarium (niepotrzebne skreślić)

 realizowanym w ramach Projektu

1. dojeżdżałem/am na miejsce odbywania się zajęć w ..……………………………………... z miejscowości ……………….………………………………………………… w odległości …………..…………… km w jedną stronę.
2. koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu w jedną stronę na w/w trasie wynosi …………………………… zł, co potwierdzam załączonymi biletami z odbytych dojazdów/zaświadczeniem od przewoźnika/wydrukiem cennika. Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości ………………………………………………………………… zł.

**UWAGA: maksymalna wartość zwrotu kosztów dojazdu:**

**- w przypadku wizyty studyjnej 270 zł**

**- w przypadku seminarium 280 zł**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data dojazdu | Koszt przejazdu w dwie strony | Kwota do wypłaty |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Sposób przekazania środków - przelew na konto bankowe:

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

(N*umer konta)*

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

*(Imię i nazwisko posiadacza rachunku))*

…..……………………………………… ……………………………………………

Miejscowość i data Czytelny podpis Uczestnika Projektu