

Lider projektu:



Partner projektu:



Siedziba: 62-006 Kaliszka, Bogucin ul. Grzybowa nr 4  
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Narutowicka 172  
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786  
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl  
NIP 777.323.81.50 | REGON 302760614 | KRS 0000499852

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU WŁASNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU  
uczestnika/czki wsparcia w ramach projektu „CZAS NA ZMIANĘ” nr RPPM.06.01.02-22-0104/16**

(WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ W TERMINIE 5 DNI ROBOCZYCH OD DATY ZAKOŃCZENIA WSPARCIA)

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko uczestnika szkolenia)

zamieszkały/a w .....  
(ulica i miejscowość)

numer PESEL .....

oświadczam, że w związku z moim udziałem w indywidualnym doradztwie zawodowym/grupowym poradnictwie psychospołecznym/ warsztatach terapeutycznych/ poradnictwie psychologicznym/ szkoleniu zawodowym/stażu/pośrednictwie pracy \* realizowanym w ramach projektu „CZAS NA ZMIANĘ”:

1. Dojeżdżam/łam własnym/użyczonym\* samochodem osobowym marki .....  
o numerze rejestracyjnym: ..... na miejsce wsparcia w .....  
z miejscowości ..... przez miejscowość (jeśli dotyczy).....

2. Konieczność dojazdu na szkolenia samochodem jest spowodowana (właściwe zaznaczyć X):

faktem braku połączenia komunikacją publiczną na trasie dojazdu z miejsca mojego zamieszkania w godzinach, które umożliwiałyby mi dojechanie na zajęcia.

niepełnosprawnością

3. Koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu w jedną stronę na w/w trasie wynosi ..... zł, co potwierdzam zaświadczeniem z właściwej firmy przewozowej/ wydrukiem ze strony internetowej z ceną biletu\*.

Łączna kwota przejazdu tam i z powrotem w jednym dniu wynosi..... zł brutto

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości ..... dni x ..... zł. = ..... Zł. Zwrot kosztów dojazdu proszę dokonać na rachunek bankowy: .....

(nazwa banku)

.....  
(numer konta bankowego)

.....  
(data i podpis uczestnika/czki projektu)

**Załączniki:**

- Oświadczenie przewoźnika o cenie biletu, nie starsze niż na dzień ukończenia szkolenia/ wydruk ze strony internetowej z aktualną ceną biletu.
- Kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu, poświadczona za zgodność z oryginałem, data i czytelny podpis,
- Kserokopia prawa jazdy, poświadczona za zgodność z oryginałem, data i czytelny podpis (jeśli dotyczy)



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Lider projektu:



Partner projektu:



Siedziba: 62-006 Kaliszka, Bogucin 16, Grzybowa nr 4  
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Narutowicka 172  
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786  
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl  
NIP 777.323.81.50 | REGON 302760614 | KRS 0000499852

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU ŚRODKAMI TRANSPORTU PUBLICZNEGO  
uczestnika/czki wsparcia w ramach projektu „CZAS NA ZMIANĘ”**

*(WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ W TERMINIE 5 DNI ROBOCZYCH OD DATY ZAKOŃCZENIA WSPARCIA)*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a .....  
*(imię i nazwisko uczestnika szkolenia)*

zamieszkały/a w .....  
*(ulica i miejscowość)*

numer PESEL .....

oświadczam, że w związku z moim udziałem w indywidualnym doradztwie zawodowym/grupowym  
poradnictwie psychospołecznym/ warsztatach terapeutycznych/ poradnictwie psychologicznym/  
szkoleniu zawodowym/stażu/pośrednictwie pracy \* realizowanym w ramach projektu **„CZAS NA  
ZMIANĘ”**:

1. Dojeżdżałem/am na miejsce wsparcia w ....., z miejscowości  
zamieszkania ....., przez miejscowość .....  
*(jeśli dotyczy)*

2. Koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu tam i z powrotem w jednym dniu na  
w/w trasie wynosi ..... zł, co potwierdzam załączonymi biletami za przejazd - ..... szt.

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości ..... dni x ..... zł. = ..... Zł. Zwrot kosztów  
dojazdu proszę dokonać na rachunek bankowy: .....

*(nazwa banku)*

.....  
*(numer konta bankowego)*

.....  
*(Data i podpis uczestnika doradztwa/szkolenia)*



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

