

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

**Powiatowy Urząd Pracy
ul. Gostyńska 49
63-100 Śrem**

.....
(data wpływu wniosku do PUP)

.....
(nr sprawy nadany przez PUP)

**Wniosek
o przyznanie zwrotu kosztów przejazdu z tytułu podjęcia stażu**

Zgodnie z art. 45 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 z późn. zm.), proszę o dokonywanie przez okres od do zwrotu ponoszonych przeze mnie kosztów przejazdu na staż z miejscowości do miejscowości i powrotu do miejsca zamieszkania.

Staż podjąłem(am) na podstawie skierowania Powiatowego Urzędu Pracy w Śremie z dniem W
.....
(nazwa i adres Organizatora stażu)

Z miejsca mojego zamieszkania, tj. do miejsca odbywania stażu, tj. dojeżdżać będę n/w środkiem lokomocji: prywatnym środkiem transportu*/zbiorowym środkiem transportu*, tj.
Oświadczam, że z tytułu w/w. przejazdu do i z miejsca odbywania stażu poniosę koszty w wysokości (kwota miesięczna):

Oświadczam, że:

- Zapoznałem(am) się z treścią *Regulaminu przyznawania i dokonywania zwrotu kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania i powrotu w związku z odbywaniem stażu.*
- Zobowiązuję się do niezwłocznego, tj. nie później niż w ciągu 7 dni, pisemnego poinformowania Urzędu o zaistniałych zmianach mających wpływ na zwrot kosztów przejazdu, w tym m.in. o utracie prawa jazdy, zmianie pojazdu własnego lub użyczonego, zmianie rozkładu jazdy uniemożliwiającej dojazd środkiem transportu zbiorowego.

Zgodnie z art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

UWAGA! Wniosek należy złożyć w ciągu 7 dni od dnia rozpoczęcia odbywania stażu.

Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:

I. Opinia pracownika Działu Centrum Aktywizacji Zawodowej:

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
/data, podpis i pieczęć pracownika CAZ/

II. Opinia Kierownika Działu Centrum Aktywizacji Zawodowej:

POZYTYWNA NEGATYWNA

Uwagi:

.....
.....
.....

.....
/data, podpis i pieczęć Kierownika CAZ/

III. Decyzja upoważnionego Dyrektora PUP w Śremie:

POZYTYWNA NEGATYWNA

Uwagi:

.....
.....
.....

.....
/data, podpis i pieczęć Dyrektora PUP/