Kielce, dn. ………..…………

Imię i nazwisko Stażysty

………………………………………….

Adres zamieszkania

………………………………………….

………………………………………….

**Opiekun kierunku**

**……………………………………………………**

**……………………………………………………**

**projekt „OPERACJA – STAŻ!”**

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU**

Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów związanych   
z realizacją programu stażowego poza miejscem zamieszkania, tj. **kosztów dojazdu (przyjazdu/powrotu\*)** w wysokości …………………… zł.

Oświadczam, że staż jest realizowany w placówce zlokalizowanej w odległości …………. km od miejsca mojego zamieszkania.

Proszę o ich zwrot na mój rachunek bankowy:

\_\_ \_\_- \_[\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_](tel:98109020400000000109262966)

(numer i nazwa banku)

Z poważaniem

……………………………….

podpis Stażysty

\*niepotrzebne skreślić

**Załączniki:**

1. Dokument potwierdzający poniesienie wydatku wraz z potwierdzeniem zapłaty