Kielce, dn. ………..…………

Imię i nazwisko Stażysty

………………………………………….

Adres zamieszkania

………………………………………….

………………………………………….

**Opiekun kierunku ……………………………**

(nazwa kierunku)

**……………………………………………………**

(imię i nazwisko opiekuna)

**projekt pn.: „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 na/ powrotu z)** staż/u 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 rachunku i nazwa banku)

Z poważaniem

……………………………….

podpis Stażysty

Akceptuję:

……………………………….

podpis Opiekuna

**Załączniki:**

1. Dokument potwierdzający poniesienie wydatku: bilet/rachunek/faktura/inny dokument księgowy wraz z potwierdzeniem zapłaty