

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 1

Karta rozliczeniowa uczestnika kursu
w ramach projektu pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych,
odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, nr POWR.07.01.00-00-0001/22,
REACT OM

(Zacieniowane pola wypełnia CMKP) Nr Karty rozliczeniowej:			
Imię i Nazwisko uczestnika kursu:			
PESEL:			
Moduł nr.....			
Realizator kursu (nazwa, adres):			
Miejsce zamieszkania (pełen adres):			
Wnoszę o przekazanie środków z tytułu refundacji poniesionych wydatków na niżej wskazany nr rachunku bankowego			

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres przypisany do rachunku bankowego, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania:

L.p.	Nazwa załącznika (np. faktura nr, rachunek nr, Zał. 2) [wypełnia Uczestnik]	Wnioskowana kwota [wypełnia Uczestnik]	Wydatek kwalifikowany PLN / uwagi [wypełnia CMKP]
1.			
2.			
3.			
4.			
.....			
Suma wydatków uczestnika:			
Wypełnia CMKP:			
Kwota kwalifikowana z niniejszego rozliczenia:			
Kwota dotychczas wykorzystana na dofinansowanie PLN:			
Przyznana kwota refundacji – do wypłaty:			

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane są prawdziwe, a poniesione wydatki związane z uczestnictwem w kursie kwalifikacyjnym uzasadnione.

Oświadczam, że zapoznałem się z „Regulaminem dofinansowania kosztów podróży i noclegu podczas części praktycznej kurs kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych”.

Pouczona/y o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 w związku z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, cyt. „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....
Data i podpis uczestnika kursu

Rozliczenie podróży

Imię i Nazwisko uczestnika kursu:

Moduł nr

Realizator kursu (nazwa, adres):

Miejsce zamieszkania (pełny adres):

Do rozliczenia kosztów podróży samochodem prywatnym:

Oświadczam, że moja podróż związana z udziałem w kursie odbywała się samochodem o pojemności skokowej silnika wynoszącejcm³

A	B	C	D	E	F
Pojemność silnika	Stawka za 1 km przebiegu pojazdu (Dz. U. 2023, poz. 5)	Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do miejsca odbywania kursu	Liczba podróży w jedną stronę Np. podróż na 10-dniowy moduł obejmuje 20 podróży (10 przyjazdów i 10 powrotów)	Łączna liczba przebytych kilometrów (C x D)	Koszt podróży (B x E)
<900 cm ³	0,89 zł				
>900 cm ³	1,15 zł				

Oświadczam, że ww. koszty wiążą się wyłącznie z moim udziałem w kursie.

Oświadczam, że w w/w terminach podróży dysponowałem/am aktualnym prawem jazdy.

Do rozliczenia kosztów podróży komunikacją zbiorową

1. Data podróży: Koszt biletu:zł łączna liczba podróży:

Podróż z (nazwa miejscowości) : do (nazwa miejscowości) :

2. Data podróży: Koszt biletu:zł łączna liczba podróży:

Podróż z (nazwa miejscowości) : do (nazwa miejscowości) :

 łączna wartość wszystkich podróżyzł

Oświadczam, że ww. koszty wiążą się wyłącznie z moim udziałem w kursie.

Pouczona/y o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 w związku z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, cyt. „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, **oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.**

.....

Data i podpis uczestnika kursu

.....
Pieczęć firmowa realizatora szkolenia

Imię i Nazwisko uczestnika kursu:	
PESEL uczestnika:	
Kurs nr:	Moduł nr:
Miejsce realizacji szkolenia (pełny adres):	

Potwierdzenie udziału i zaliczenia modułu nr
realizowanego w dniach

Niniejszym potwierdzam Pani/Pana

udział oraz zaliczenie modułu nr..... kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych.

Moduł realizowano w dniach:

Daty realizacji szkolenia od - do	Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych	Dni, kiedy uczestnik nie brał udziału w szkoleniu (jeśli dotyczy)

.....
Data i podpis osoby uprawnionej
do podpisania potwierdzenia