**Załącznik nr 5**

**„Integracja drogą do zatrudnienia” -** **RPMA.09.01.00-14-A533/18**

Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Oś priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem

9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU**

Ja niżej podpisany/a (*imię i nazwisko)* ………………………………………………… oświadczam, że w związku z moim udziałem w /szkoleniach/stażu\* (nazwa wsparcia) ………………………………………………………………….…………

 realizowanych w ramach Projektu

1. **dojeżdżałem/am na miejsce odbywania zajęć w ..……………………………………... z miejscowości ……………….…………………………………………… w odległości …………..…………… km w jedną stronę**
2. koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu w jedną stronę na w/w trasie wynosi …………………………… zł, co potwierdzam załączonymi biletami z odbytych dojazdów/zaświadczeniem od przewoźnika/wydrukiem cennika
3. Proszę o zwrot kosztów dojazdu wg poniższego rozliczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| Data dojazdu | koszt przejazdu w dwie strony |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| RAZEM: |  |

Sposób przekazania środków - przelew na konto bankowe:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(N*umer konta)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(Imię i nazwisko posiadacza rachunku))*

…..……………………………………… ……………………………………………

Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika Projektu

\**zakreślić właściwe*