**Załącznik nr 4**

**„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 STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO**

Ja niżej podpisany/a zwracam się z wnioskiem o wypłacenie mi stypendium z tytułu odbywania szkolenia zawodowego w ramach projektu pn. „Integracja drogą do zatrudnienia” - RPMA.09.01.00-14-A533/18

Miejsce odbywanie szkolenia zawodowego oraz nazwa szkolenia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres szkolenia: ………………………………………………………..

Liczba godzin obecności na szkoleniu (zgodna z listą obecności) : ……………………….

Oświadczam że,

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie mojego stypendium stażowego w całości na konto bankowe:

Imię i nazwisko posiadacza konta:

Nr rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2.Zobowiązuję się do poinformowania koordynatora projektu, o wszelkich zmianach dotyczących płatności, takich jak zmiany danych do przelewu itp.

…..……………………………………… ……………………………………………

Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika Projektu