



**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU PUBLICZNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU**

Kod szkolenia .....

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu: .....

Adres zamieszkania Uczestnika Projektu: .....

Nazwa szkolenia: Szkolenie z zakresu I stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny.

Miejsce realizacji szkolenia: .....

Zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu poniesionych przeze mnie kosztów dojazdu z miejsca zamieszkania

do miejsca realizacji szkolenia za okres od ..... do .....

| Data uczestnictwa w szkoleniu | Środek transportu (PKP, PKS, BUS, MZK, inne) | Koszt                |                      | Razem koszty dojazdu |
|-------------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|
|                               |  | dojazdu na szkolenie | powrotu ze szkolenia |                      |
| 1.                            |  |                      |                      |                      |
| 2.                            |  |                      |                      |                      |
| 3.                            |  |                      |                      |                      |
| 4.                            |  |                      |                      |                      |
| 5.                            |  |                      |                      |                      |
| 6.                            |  |                      |                      |                      |
| 7.                            |  |                      |                      |                      |
| 8.                            |  |                      |                      |                      |
| 9.                            |  |                      |                      |                      |
| 10.                           |  |                      |                      |                      |
| 11.                           |  |                      |                      |                      |
| 12.                           |  |                      |                      |                      |
| 13.                           |  |                      |                      |                      |
| 14.                           |  |                      |                      |                      |
| 15.                           |  |                      |                      |                      |
| 16.                           |  |                      |                      |                      |
| 17.                           |  |                      |                      |                      |
| 18.                           |  |                      |                      |                      |
| 19.                           |  |                      |                      |                      |
| <b>OGÓLEM</b>                 |  |                      |                      |                      |

Słownie złotych: .....

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem. ....

Data i czytelny podpis Uczestnika Projektu

**UWAGA!** Wniosek jest ważny z zaświadczeniem od przewoźnika o cenie biletu lub biletami jednostkowymi zgodnymi z dnami obecności na szkoleniu.

**Biuro Projektu:**

Centrum Kształcenia Zawodowego w Busku - Zdroju Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Kielcach  
ul. Wojska Polskiego 30; 28-100 Busko - Zdrój,  
tel./fax: 41 378 28 74 lub tel.: 41 378 43 40  
pracowniksocjalny@zdz.kielce.pl www.pracowniksocjalny.zdz.kielce.pl





Projekt pn. „Profesjonalny Pracownik Socjalny” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Działanie 2.5 „Skuteczna pomoc społeczna” PO WER 2014-2020

**Wypełnia Organizator kształcenia:**

|   | TAK                      | NIE                      | Nie dotyczy              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy zestawienie jest zgodne z listą obecności?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2. Czy dołączono zaświadczenie od przewoźnika o cenie biletu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy dołączono bilety?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Czy daty na biletach są zgodne z terminami kursu?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Czy bilety są czytelne?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....  
Data i czytelny podpis Organizatora kształcenia

**Biuro Projektu:**

Centrum Kształcenia Zawodowego w Busku - Zdroju Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Kielcach  
ul. Wojska Polskiego 30; 28-100 Busko - Zdrój,  
tel./fax: 41 378 28 74 lub tel.: 41 378 43 40  
pracowniksocjalny@zdz.kielce.pl      www.pracowniksocjalny.zdz.kielce.pl



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



ZAKŁAD  
DOSKONALENIA  
ZAWODOWEGO  
Busko-Zdrój