**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW BADAŃ LEKARSKICH**

Kielce, dn. ……………………….

Imię i nazwisko Stażysty

………………………………………….

Adres zamieszkania

………………………………………….

**Opiekun kierunku**

**……………………………………………………**

**projekt „Wysokiej jakości Staże dla Artystów i Pedagogów”**

Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów związanych   
z realizacją programu stażowego, tj. **kosztów badań lekarskich w wysokości ………………..zł (słownie: ……………………………………………………)** w ramach projektu „Wysokiej jakości Staże dla Artystów i Pedagogów” nr POWR.03.01.00-00-S075/17 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju Działanie 3.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Zwrot kosztów badań lekarskich proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

\_\_ \_\_- \_[\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_](tel:98109020400000000109262966)

(numer i nazwa banku)

**Załączniki:**

1. Kopia rachunku/faktury/innego dokumentu wystawionego imiennie na Stażystę za przeprowadzone badania lekarskie (kopia musi zostać poświadczona za zgodność z oryginałem przez Stażystę)
2. Potwierdzenie dokonania płatności (w przypadku faktury gotówkowej wystarczająca jest adnotacja zapłacone gotówką; w przypadku przelewu bankowego: potwierdzenie dokonania transakcji przelewu)
3. Kopia zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza medycyny pracy (kopia musi zostać poświadczona za zgodność z oryginałem przez Stażystę lub opiekuna kierunku)

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

**…………………………………………..**

**(czytelny podpis Stażysty)**

**Akceptuję:**

*…………………………………………………..  
czytelny podpis Opiekuna kierunku (UJK)*