

 Miejscowość, dnia ……………………………. …............................................

Organizator stażu

……………………………………………

…………………………………………

Adres Organizatora stażu

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Mikołowie**

 **z siedzibą w Łaziskach Górnych**

 **ul. Chopina 8**

 **43-170 Łaziska Górne**

 **Wniosek**  **o wypłatę premii dla Organizatora stażu w ramach realizacji projektu pilotażowego „MikoMłodzi na start”**

finansowanego ze środków rezerwy Funduszu Pracy

**Do umowy nr ………………………………………….. z dnia ……………………….**

Na podstawie umowy o organizację stażu w ramach w/w projektu składam wniosek o wypłatę premii w związku z zatrudnieniem stażysty

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Stażysty |  |
| Okres zatrudnienia  |  |
| Wymiar czasu pracy  |  |
| Wnioskowana kwota |  |

Przyznaną kwotę należy przekazać na rachunek bankowy nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dane właściciela rachunku (Organizator stażu) |  |

1. Oświadczam, że w dniu złożenia niniejszego wniosku wypłacone zostało wynagrodzenie(a) za pełny pierwszy miesiąc zatrudnienia po zakończonym stażu;
2. Oświadczam, że w dniu złożenia niniejszego wniosku zostały opłacone należne składki na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych od wynagrodzenia zatrudnionego stażysty;
3. Oświadczam iż, informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
4. Świadomy(a) iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności, potwierdzam wiarygodność informacji podanych we wniosku własnoręcznym podpisem.

W załączeniu przedkładam:

1. ……………………………………………………………………………………...

 …………………………….. …………………………………

 Miejscowość, data podpis Organizatora stażu

**UWAGI PRACOWNIKA PUP:**

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

……………………………………………

 podpis pracownika