Data i miejsce ……………………………………

………………………………………………

*(pieczęć przedsiębiorcy)*

**Oświadczenie**

W imieniu ………………………………………...……………………………………………. *(nazwa i adres przedsiębiorcy)* oświadcza się, iż:

1. Zorganizowano staż dla:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Imię i nazwisko** |  | **Liczba godz. stażu** |  |
|  | **Nr umowy** | **W terminie od - do** | **zrealizowanych w** |  |
| **Lp.** | **Stażysty/ki** |  |
|  |  | **ww. okresie** |  |
|  |  |  |  |  |
| **1.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Opiekę nad stażystami sprawował/a ……………………………………………………...………………………………….…
2. Wysokość dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażystów, w sytuacji, gdy nie został zwolniony od

 świadczenia pracy, nie przekracza 10% jego zasadniczego wynagrodzenia wraz ze wszystkimi

 składnikami wynagrodzenia wynikającego ze zwiększonego zakresu zadań, ale nie więcej niż 500,00

 zł brutto wraz z narzutami pracodawcy, za realizację 150 godzin stażu.

1. Przyznano dodatek do wynagrodzenia z tytułu sprawowania opieki nad stażystami w wysokości

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

1. Dodatek do wynagrodzenia w kwocie netto: ………...………….. zł, wypłacono w dniu ………...…… 2022 r.
2. Składki ZUS w wysokości: ……………….………….. zł, uregulowano w dniu ……………..………………….. 2022 r.
3. Podatek dochodowy PIT 4 w wysokości: ………………………. zł, uregulowano w dniu ……………….. 2022 r.
4. W przypadku gdy terminy poszczególnych staży częściowo się nakładały, na każdą kolejną godzinę

 ponad 150, wysokość wynagrodzenia naliczona została proporcjonalnie do liczby godzin stażu

 zrealizowanych przez stażystów.

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020

Do oświadczenia załączam notę obciążeniową z tytułem refundacji kosztów za sprawowanie przez

* 1. osobę opieki nad stażystami. Oświadczam, że ww. opiekun jest zobowiązany pełnić opiekę nad stażystami, w wymiarze co najmniej odpowiadającym wymiarowi przeznaczonemu na opiekę nad stażystami. Oświadczam, iż w przypadku kontroli projektu *„****Wysoka jakość kształcenia zawodowego w powiecie milickim – edycja 3” nr RPDS.10.04.01-02-0014/20*** przezpodmioty do tego uprawnione …………………………..…………………………………...…….*(nazwa i adres**przedsiębiorcy)* na wniosek Powiat Milicki/ Zespół Szkół im. T. Kościuszki w Miliczu zostaną udostępnione do weryfikacji poniżej wymienionedokumenty:
* informacja o przyznaniu dodatku;
* listy płac;
* wyciągi bankowe potwierdzające poniesienie wydatku w tym składek ZUS oraz podatku dochodowego;
* dokumenty dowodowe potwierdzające, iż wysokość przyznanego dodatku nie przekracza wysokości 10% wynagrodzenia zasadniczego.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 oraz art. 297 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

………………………………………………..

*(Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)*

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020