

Załącznik nr 1
Do Regulaminu zwrotu kosztów dojazdu

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU UCZESTNIKÓW PROJEKTU
w ramach projektu pn. „Program Rehabilitacja 2025-2027”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Puls
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027
Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego
Działanie 6.8 Programy Zdrowotne
Typ Projektu A: Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu
utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej
Nr projektu FEMP.06.08-IP.02-0457/24

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y
(Imię i nazwisko)

numer PESEL

zamieszkała/y w
(adres zamieszkania)

oświadczam, że jestem stroną Umowy o uczestnictwo i uczestniczę w Projekcie pod nazwą „Program Rehabilitacja 2025-2027” zaś **brak środków na sfinansowanie przejazdów z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania usług zdrowotnych i edukacyjnych i z powrotem stanowił dla mnie barierę uniemożliwiającą skorzystanie z w/w usług.**

Oświadczam również, że w związku z moim udziałem w okresie od

do..... w projekcie pod tytułem „Program Rehabilitacja 2025-2027”

1. Dojeżdżałem/am na miejsce realizacji usług zdrowotnych/ działań edukacyjnych w których uczestniczyłem/am w ramach Projektu tj. CMP Sp. z o.o. przy ul. Bolesława Komorowskiego 12 w Krakowie z miejsca mojego zamieszkania i z miejsce realizacji w/w usług do miejsca mojego zamieszkania.
2. Koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu w obie strony na ww.

trasie wynosizł, koszt ten potwierdzam załączonymi biletami¹
z odbytych dojazdów.

¹Należy dołączyć bilety (w obie strony) za każdy dzień udziału w programie

Data dojazdu	Opis trasy	Środek transportu	Kwota Brutto

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości

.....zł.

.....
Data i czytelny podpis uczestnika projektu

Załączniki do wniosku:

Oryginalne bilety zawierające cenę, trasę przejazdu i okres obowiązywania (jeżeli dotyczy) na odwrocie podpisane imieniem i nazwiskiem.