



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 10

.....
Imię i Nazwisko uczestnika

.....
Adres zamieszkania Uczestnika

WNIOSEK O WYPŁATĘ STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO

nr _____/_____/_____/DDS

(wypełnia realizator projektu: Nr wniosku/nr osoby (umowy)/za miesiąc/DDS)

Zwracam się z prośbą o wypłatę stypendium szkoleniowego w ramach projektu innowacyjnego testującego pn. „Droga do samodzielności” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Oświadczam, że w okresie od dnia r. do r.

Uczestniczyłem/-am w następujących szkoleniach/kursach:

- a) w wymiarze godzin;
- b) w wymiarze godzin;
- c) w wymiarze godzin;
- d) w wymiarze godzin;

Razem: godzin w miesiącu.

Proszę o wypłatę stypendium szkoleniowego na rachunek bankowy nr:

.....
(Data i podpis Uczestnika)

* Kwota stypendium zostanie obliczona na podstawie listy obecności z danego szkolenia/kursu. Tylko potwierdzona obecność na szkoleniu/kursie będzie upoważniała do otrzymania stypendium szkoleniowego

Adnotacje Biura Projektu

Osoba wnioskująca spełnia / nie spełnia * warunki do otrzymania stypendium szkoleniowego za ww. okres.

Przyznano stypendium szkoleniowe w wysokości _____ zł.

Kwota stypendium przysługująca za 1 godzinę uczestnictwa w szkoleniu	Liczba godzin uczestnictwa w szkoleniach potwierdzona na listach obecności	Suma	Kwota do wypłaty dla Uczestnika

Sporządził
(data i podpis)

Zatwierdził
(data i podpis)

* niepotrzebne skreślić