



Kierunek – praca! Kompleksowy program wsparcia zawodowego dla osób młodych z województwa świętokrzyskiego
Projekt realizowany w ramach Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych
Projekt realizowany na podstawie umowy z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Kielcach, pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ wkład własny

I. Dane firmy:
/nazwa firmy, adres, NIP/

II. Oświadczam, iż w związku z pełnieniem funkcji opiekuna stażysty nad Panem/Panią:

..... na podstawie na podstawie umowy nr.....
/Imię i nazwisko Stażysty/ki/

..... w sprawie odbywania stażu przez Uczestnika Projektu na sprawowanie opieki nad ww.
stażystą/ką przeznaczyłem godzin¹ w okresie od do²

Okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty	Maksymalna wysokość dodatku 500 zł brutto	Liczba godzin pracy w miesiącu za, który przysługuje dodatek np.: listopad– 160h grudzień– 168 h	Liczba godzin, które właściciel jednoosobowej działalności gospodarczej przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą w miesiącu – zgodnie z oświadczeniem	Wysokość wkładu własnego (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4
1	2	3	4	5

.....
/Miejscowość, data/

.....
/podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania firmy/

¹Należy wskazać liczbę godzin jaką właściciel jednoosobowej działalności gospodarczej poświęcił na sprawowanie opieki nad stażystą

² Należy wskazać okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty