***Załącznik numer 4 do Regulaminu stażu/ praktyki***

………………………………………………

*(pieczęć firmowa pracodawcy)*

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PRACODAWCY WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY/ PRAKTYKANTA[[1]](#footnote-1)\***

Zgodnie z umową trójstronną numer[[2]](#footnote-2) ………………………………………………………………. na organizację stażu/ praktyki\* w ramach projektu „Gdańsk Miastem Zawodowców – podniesienie jakości edukacji zawodowej” składam wniosek o refundację poniesionych kosztów wynagrodzenia Opiekuna/ Opiekunów stażysty/ praktykanta (stażystów/praktykantów)\*, w związku z realizacją stażu/ praktyki\* dla Uczestnika/ Uczestników projektu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj poniesionego wydatku** | **Imię i nazwisko Opiekuna** | **Imię i Nazwisko Stażysty/ Praktykanta/ Stażystów/ Praktykantów oraz okres odbywania stażu/ praktyki[[3]](#footnote-3)** | **Numer dokumentu objętego refundacją[[4]](#footnote-4)** | **Data wystawienia dokumentu objętego refundacją** | **Data zapłaty dokumentu objętego refundacją** | **Kwota brutto (wraz z narzutami po stronie pracodawcy)** | **Kwota zgłoszona do refundacji** |
| **1** | **Wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty/ praktykanta**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **…** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem do refundacji** |  |

Powyższą kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy nr: ……………………………………………………………………………………………………………………

* + - 1. Jestem świadomy, iż:

wypłata dodatku do wynagrodzenia Opiekuna stażysty/ praktykanta\* następuje w wysokości nie przekraczającej 10% jego zasadniczego wynagrodzenia wraz ze wszystkimi składnikami wynagrodzenia, ale nie więcej niż 500 zł brutto (za realizację 150 godzin praktyki zawodowej lub stażu zawodowego) wynikać musi ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/ praktykantem\*).

* + - 1. Oświadczam, że osoby oddelegowane przez pracodawcę do opieki nad stażystą/ praktykantem wykonują dodatkowe zadania nie wynikające z umowy o pracę.
			2. Oświadczam, iż jestem świadomy, że wynagrodzenie przysługujące Opiekunowi stażysty/ praktykanta, z tytułu wypełnienia nałożonych obowiązków odnosi się do zrealizowanej przez niego usługi, a nie do liczby stażystów, wobec których tę usługę świadczy. Tym samym pracodawca może otrzymać jednorazową refundację, na pokrycie kosztów wynagrodzenia opiekuna stażu/ praktyki za cały okres realizacji stażu/ praktyki, bez względu na liczbę stażystów/ praktykantów, którzy będą się znajdowali pod jego opieką. Na jednego opiekuna praktyki lub stażu nie może przypadać jednocześnie więcej niż 6 praktykantów lub stażystów. Przez okres realizacji stażu/ praktyki należy rozumieć 150 godzin, przy czym wysokość wynagrodzenia nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin praktyki zawodowej lub stażu zawodowego realizowanych przez uczniów.
			3. Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.
			4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż zwrot ww. kosztów jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej: 3 Edukacja Działania: 3.3. Edukacja zawodowa.
			5. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.
			6. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

miejscowość i data Pieczęć i podpis Pracodawcy

***Załącznik numer 5 do Regulaminu stażu/ praktyki***

ANKIETA EWALUACYJNA - **OCENA PROGRAMU STAŻU PRZEZ STAŻYSTĘ**

w ramach projektu **„Gdańsk Miastem Zawodowców – podniesienie jakości edukacji zawodowej”**

. …………….…….……………., dn. ……………………

Pan/Pani ……………………………...…………………….……., odbywał(a) staż/ praktykę w Zakładzie Pracy ……………………………………………………………………………………………… , od dnia ………………..……… do dnia …………………….…..…, zgodnie z umową nr - ……….……………………………………………………………..……….., z dnia ……..……………………

***Proszę zaznaczyć X wybrane odpowiedzi***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **W pełni** | **W znacznym stopniu** | **Częściowo** | **Wcale** | **Nie mam zdania** |
| 1 | W jakim stopniu odpowiadała Panu/Pani forma współpracy z Pracodawcą ? |  |  |  |  |  |
| 2 | W jakim stopniu Opiekun wyznaczony przez Pracodawcę wspomagał Pana/Panią w wykonywaniu zadań związanych ze stażem/ praktyką? |  |  |  |  |  |
| 3 | W jakim stopniu pracodawca spełnił Pana/Pani oczekiwania w ramach realizacji stażu/ praktyki |  |  |  |  |  |
| 4 | Które z przedstawionych stwierdzeń odzwierciedlają zaangażowanie Pracodawcy w realizację stażu/ praktyki (proszę zaznaczyć „x” max. 3 odpowiedzi). | Pozwalał samodzielnie wykonywać zadania | Pozwalał, potrafił pracować zespołowo | Skutecznie rozwiązywał problemy | Pozwalał wykazywać inicjatywę | Potrafił wytłumaczyć wykonywaną pracę |
|  |  |  |  |  |
| NIE pozwalał samodzielnie wykonywać zadania | NIE pozwalał, potrafił pracować zespołowo | NIE skutecznie rozwiązywał problemy | NIE pozwalał wykazywać inicjatywy | NIE potrafił wytłumaczyć wykonywanej pracy |
|  |  |  |  |  |
| 5 | Uwagi |  |

Ocena stażu/ praktyki\* (bardzo dobra, dobra, zła, bardzo zła) ……………………………………..……….

………………………………..

Podpis uczestnika

1. \* Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Jeżeli opiekun miał pieczę nad kilkoma Uczestnikami jednocześnie należy wpisać wszystkie numery umów trójstronnych. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wymienić wszystkich uczestników pod opieką danego Opiekuna. [↑](#footnote-ref-3)
4. Np. numer listy płac. [↑](#footnote-ref-4)