



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Załącznik nr 2 do Regulamin refundacji kosztów
w projekcie pn.: „Moja przyszłość” FESL.05.04-IP.02-07E0/23

.....
Imię i nazwisko Uczestnika/czki projektu

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ

Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu pn.: „*Moja przyszłość*”, zostałem/am poinformowany/a o możliwości ubiegania się o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, na poszczególne formy wsparcia tj.:

- a) obowiązkowe szkolenia/kursy umiejętności „miękkich” – min. 18h,
- b) szkolenia/kursy przygotowujące do egzaminów certyfikowanych przez UDT – śr. 60h,
- c) szkolenia/kursy podnoszące kwalifikacje i umiejętności zawodowe – śr. 40h
- d) dodatkowe szkolenia/kursy dla Uczestników/czek Projektu w wieku 18 – 29 lat – śr. 40h.

Oświadczam, iż:

- będę korzystał/a z możliwości złożenia wniosku o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną*.
- rezygnuję z możliwości ubiegania się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną*.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, iż mam możliwość ubiegania się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną w projekcie „*Moja przyszłość*”, w terminie do 14 dni kalendarzowych od zakończenia udziału w ostatniej formie wsparcia, a zwrot dokonywany jest na podstawie prawidłowo wypełnionego i złożonego **Wniosku o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną** (Załącznik nr. 6 do Regulaminu refundacji kosztów).

Proszę o przekazanie środków finansowych związanych z refundacją kosztów dojazdu w projekcie pn.: „*Moja przyszłość*” na poniższe konto:

Imię i nazwisko właściciela/ki rachunku bankowego

.....

Adres właściciela/ki rachunku bankowego



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

.....
Nazwa banku:

.....
Numer rachunku bankowego:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Beneficjenta, o zmianie numeru rachunku bankowego.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu

* odpowiednie zaznaczyć