**Załącznik nr 6**

............................................ ....................dnia...................

imię i nazwisko

............................................

adres zamieszkania

............................................ **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Gryficach**

**ROZLICZENIE**

**faktycznie poniesionych kosztów przejazdu środkami komunikacji publicznej lub przewoźnika prywatnego na szkolenie, na zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego lub na przejazd do pracodawcy który zgłosił ofertę pracy lub na badania lekarskie lub psychologiczne**

W związku ze skierowaniem Powiatowego Urzędu Pracy w Gryficach z tytułu przejazdu z miejsca zamieszkania .............................................................................................................................................

□ **na szkolenie** ........................................................................................................................................

nazwa szkolenia

□ **na zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego**

□ **na przejazd do pracodawcy który zgłosił ofertę pracy**.....................................................................

 nazwa pracodawcy

□ **na badania lekarskie lub psychologiczne**...........................................................................................

do miejscowości ............................................................ i powrotu,
w okresie od ......................... do ........................... poniosłem/am koszty w wysokości .............................

Należną kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać:

- na konto nr..............................................................................................................................................

 ...........................................

 podpis

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/am\* się z warunkami określonymi w Regulaminie przyznawania
i rozliczania zwrotu kosztów przejazdu oraz kosztów zakwaterowania przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach.

 ...........................................

 podpis

**Załączniki:**

1. Bilet miesięczny lub bilet okresowy, lub bilety jednorazowe

**Rozliczenie należy dostarczyć do PUP w Gryficach w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia zakończenia szkolenia, zajęć z zakresu poradnictwa zawodowego, przejazdu do pracodawcy, który zgłosił ofertę pracy, na badania lekarskie lub psychologiczne.**