**Załącznik nr 5**

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

imię i nazwisko

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

adres zamieszkania

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

 **w Gryficach**

**W N I O S E K**

**o zwrot 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**

 Zgodnie z art. 41 ust.4b lub art.45 ust.1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r. **(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz.735 ze zm.)** oraz Regulaminem Powiatowego Urzędu Pracy w Gryficach, zwracam się z prośbą o dokonywanie zwrotu poniesionych kosztów przejazdu
w związku ze skierowaniem:

□ **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** .....................................................................................

w okresie od ............................ do ........................ w miejscowości ........................................................

na trasie ...................................................................................................................................................
 i powrotu.

Nazwa przewoźnika .................................................................................................................................

Cena biletu miesięcznego\*........................................................................................................................

Cena biletu jednorazowego\* .....................................................................................................................

**\*niepotrzebne skreślić**

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

 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

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