



Załącznik nr 3

.....
/imię i nazwisko/
.....
/adres zamieszkania /
.....
/miejscowość, ulica, kod pocztowy/
.....
/telefon kontaktowy, e-doręczenia/

**W N I O S E K o zwrot kosztów przejazdu do pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy
lub na badania lekarskie, lub psychologiczne
ze środków Funduszu Pracy/ Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych***

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów przejazdu **do pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy/ na badania lekarskie lub psychologiczne*** i powrotu do miejsca zamieszkania. Na podstawie skierowania tutejszego Urzędu z dnia w dniu zgłosiłem(am) się **do pracodawcy, który zgłosił ofertę pracy/ na badania lekarskie lub psychologiczne*** w miejscowości

Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na moje konto nr

Jednocześnie oświadczam, że (pkt od 3 do 6 dot. osób ubiegających się o zwrot kosztów przejazdu własnym lub używanym środkiem transportu):

1. Koszt przejazdu wyniósł zł.
2. **Zapoznałem(am) się z „Zasadami finansowania oraz zwrotu kosztów przejazdu przez Powiatowy Urząd Pracy w Świdnicy”.**
3. Posiadam prawo jazdy kategorii ważne do,
4. Posiadam tytuł prawny do dysponowania pojazdem marki, model,
rok produkcji, pojemność ... cm³/ kWh, moc silnika kW, o numerze rejestracyjnym,
rodzaj paliwa **benzyna/diesel/gaz/energia elektryczna***, wynikający z*:
a. prawa własności,
b. prawa współwłasności wraz ze zgodą wszystkich współwłaścicieli,
c. umowy użyczenia zawartej w dniu
5. Prawo do dysponowania pojazdem udzielone jest na okres od do
(wypełniają osoby nie będące właścicielami pojazdu).
6. Ilość przejechanych km dziennie na trasie **dojazd/powrót** wynosi, średnie zużycie paliwa na 100/km wynosi (w cyklu mieszanym wg instrukcji obsługi pojazdu).

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

***niepotrzebne skreślić**

Załączniki:

- bilety jednorazowe dokumentujące poniesione koszty przejazdu szt..... na łączną kwotę zł¹,
- imienna faktura VAT za zakup paliwa z dnia, w którym miało miejsce zgłoszenie do pracodawcy lub na badania,
- uwierzytelniona kserokopia zaświadczenia lekarskiego,

WYPEŁNIA DORADCA DO SPRAW ZATRUDNIENIA

Data wydania skierowania:

Data zgłoszenia się wnioskodawcy u pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy:

Daty zgłoszenia się wnioskodawcy na badania lekarskie lub psychologiczne:

.....

/czytelny podpis doradcy klienta/

¹ Nie dotyczy osób ubiegających się o zwrot kosztów przejazdu własnym lub użyczonym środkiem transportu.