Załącznik nr 7

do Umowy trójstronnej

o przeprowadzenie stażu

**Fundacja Szkolna**

**Technicznych Zakładów Naukowych**

**ul. Zawidzkiej 10**

**41-300 Dąbrowa Górnicza**

**WNIOSEK O WYPŁATĘ STYPENDIUM STAŻOWEGO**

w ramach projektu ***„Dodatkowe kwalifikacje zawodowe gwarancją lepszej pracy- programy rozwojowe szkolnictwa zawodowego w placówkach kształcenia zawodowego w Dąbrowie Górniczej”.*** Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020, dla osi priorytetowej: XI. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego, dla działania: 11.2. Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy- kształcenie zawodowe uczniów, dla poddziałania: 11.2.3. Wsparcie szkolnictwa zawodowego– Zintegrowane Inwestycje Terytorialne

Wnioskuję o wypłatę stypendium stażowego w wysokości 2 000,00 zł brutto przelewem na konto
o numerze wskazanym poniżej.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

prowadzonym przez bank ……………………………………………………………………………………..
 *(pełna nazwa banku)*

**Dane osobowe Stażysty**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  |  | Imiona |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość |  |  |  | Kod pocztowy |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Lokal |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Adres e-mail |  | Telefon |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane Pracodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres Przedsiębiorstwa |  |
| Imię i nazwisko opiekuna stażu |  |

Do wniosku załączam:

1. Uzupełniony Dziennik stażu;
2. Uzupełnioną Listę obecności;
3. Zaświadczenie o odbytym stażu w siedzibie Pracodawcy.

*……………………………………*

*(podpis Stażysty/Wnioskodawcy)*

|  |
| --- |
| ***Uwaga!!****Uzupełnić w przypadku osób niepełnoletnich, kiedy Wnioskodawcą jest rodzic lub opiekun prawny ucznia/uczennicy:* |
| *Niniejszym oświadczam, że jestem umocowany prawnie do występowania w imieniu ucznia/ uczennicy:**…………………………………**(podpis Wnioskodawcy)* |
| *Niniejszym oświadczam, że znane mi jest złożenie wniosku o przyznanie stypendium w moim imieniu przez Wnioskodawcę.**……………………………..**(podpis Stażysty)* |

**Adnotacja Biura Projektu**

Osoba wnioskująca spełnia/nie spełnia warunki do otrzymania stypendium stażowego za wyżej wymieniony okres.

Przyznano stypendium stażowe w wysokości 2 000,00 zł.

(słownie: dwa tysiące złotych 00/gr)

Zatwierdził: ……………….…………………………
 *(data i podpis Organizatora stażu)*

**UPOWAŻNIENIE[[1]](#footnote-1)**

Ja, …………………………………………………... upoważniam ……..…………………………………… do *(imię i nazwisko właściciela konta) (imię i nazwisko ucznia/uczennicy)*

wykorzystania mojego konta

o numerze ………………………………………………………………………………………………………

prowadzonym przez bank ……………………………………………………………………………………..

w celu wypłaty stypendium stażowego w ramach projektu ***„Dodatkowe kwalifikacje zawodowe gwarancją lepszej pracy- programy rozwojowe szkolnictwa zawodowego w placówkach kształcenia zawodowego w Dąbrowie Górniczej”.***

W związku z przystąpieniem mojego syna/córki do projektu ***„Dodatkowe kwalifikacje zawodowe gwarancją lepszej pracy- programy rozwojowe szkolnictwa zawodowego w placówkach kształcenia zawodowego w Dąbrowie Górniczej”*** wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię i nazwisko, nr konta bankowego).

Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 z siedzibą w Katowicach, ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice.

Natomiast w odniesieniu do Lokalnego systemu informatycznego administratorem jest Zarząd Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice.

Podanie danych jest dobrowolne.

Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

………………………………………………

*(podpis Właściciela konta)*

1. \*Wypełnia rodzic/ opiekun prawny w przypadku, gdy stażysta nie posiada własnego rachunku bankowego lub gdy kwota stypendium stażowego ma być przelana na ten konkretny rachunek bankowy. [↑](#footnote-ref-1)