



**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU
w ramach projektu Inkubator Kluczowych Kompetencji**

Imię i nazwisko Beneficjenta Ostatecznego

Numer rachunku bankowego:

Nazwa formy wsparcia¹:

- Zadanie 1 Wielostronna Diagnoza Potrzeb i Kompetencji (wraz z przygotowaniem IPD)
- Zadanie 2 Poradnictwo specjalistyczne
- Zadanie 3 Szkolenie kompetencji społeczno-zawodowych
- Zadanie 4 Szkolenie kompetencji cyfrowych

Zwracam się z wnioskiem o zwrot kosztów dojazdu na zajęcia:

w wysokości _____ zł za jeden dzień udziału we wsparciu

Zwrot kosztów dojazdu wypłacany jest tylko za te dni, których obecność na zajęciach została poświadczona podpisem Beneficjenta ostatecznego na liście obecności.

.....
podpis Beneficjenta Ostatecznego

¹ Proszę zaznaczyć właściwe