**Załącznik nr 12 WNIOSEK O WYPŁATĘ STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER PROJEKTU** | RPPK.07.01.00-18-0055/18 |
| **PROJEKT** | INKUBATOR AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ jest realizowany przez firmę ZRYW II Ośrodek Szkolenia Kierowców Marta Skowron z siedzibą w Rzeszowie przy Placu Wolności 2/209, NIP 8131565126, REGON 691783716, reprezentowaną przez Martę Skowron – właściciela firmy, zwaną Beneficjentem, działającym również w imieniu i na rzecz Partnera CDG PRO Sp. z o.o. na podstawie umowy nr RPPK.07.01.00-18-0055/18-00 z dnia 15 listopada 2018 r. podpisanej z Województwem Podkarpackim - Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie. |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |  | |
| **PESEL** |  | |

Zwracam się z prośbą o przyznanie stypendium szkoleniowego:

Tytuł szkolenia: Kurs komputerowy z obsługą kas fiskalnych, Kurs Programy biurowe w administracji[[1]](#footnote-1).

Termin realizacji szkolenia: …………………………………………………………………………………

Wymiar godzinowy szkolenia: 130 h

Łączna liczba godzin obecności Uczestnika Projektu na szkoleniu: …………………………………………….

**Imię i nazwisko właściciela rachunku: ……………………………………………………………………….**

**nr:**

****

**Prowadzony w banku: ………………………………………………………………………………………….**

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż wypłata stypendium szkoleniowego nastąpi na zasadach określonych w Regulaminie. Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 286 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

………………….………………………….

podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu

……………………………………………….

data wpływu i podpis osoby przyjmującej wniosek

1. Proszę zaznaczyć właściwy. [↑](#footnote-ref-1)