Załącznik nr …. do umowy

Miejscowość, data …………………………….

*/Nazwa i adres pracodawcy, NIP/*

**Powiat Żniński**

**ul. Potockiego 1**

**88-400 Żnin**

***Oświadczenie Pracodawcy o wyliczonej wysokości wynagrodzenia opiekuna za czas opieki nad stażystą/stażystami***

(wypełnić dla każdego opiekuna osobno)

Oświadczam, że pracownik:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pracownika/opiekuna stażu | Imię i nazwisko stażysty/-ów pod opieką |
|  |  |

otrzymał dodatek do wynagrodzenia z tytułu zwiększenia obowiązków wynikających z pełnienia funkcji opiekuna stażu zgodnie z umową nr **…..** z dnia **…..** realizacji stażu zawodowego dla uczestników projektu "Inwestuj w swoje umiejętności zawodowe- II edycja!" współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko–Pomorskiego na lata 2014–2020. Od wynagrodzenia zostały odprowadzone składki ZUS i podatek.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko pracownika | Liczba godzin w miesiącu na pełnienie zadań opiekuna stażu (zgodne z oświadczeniem pracodawcy) | Nr i data listy płac | Wysokość dodatku do wynagrodzenia brutto (nie więcej niż10% wynagrodzenia zasadniczego) | Koszty ZUS pracodawcy od wynagrodzenia wykazanego w *kol. 4* | Data wypłaty netto dodatku do wynagrodzenia | Data zapłaty składek ZUS pracownika i pracodawcy | Data zapłaty podatku | Razem | Kwota refundacji |
| *kol. 1* | *kol.2* | *kol.3* | *kol.4* | *kol.5* | *kol.6* | *kol.7* | *Kol. 8* | *kol.10*  *(kol. 4 + kol. 5)* | *kol.11*  *(nie więcej niż 500 zł na opiekuna)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………….

*Podpis osoby upoważnionej*

