

Zał. nr 1 do umowy o udzielenie wsparcia reintegracyjnego

Wniosek o udzielenie wsparcia reintegracyjnego

Dane PS składającego wniosek:

Nazwa PS	
NIP	
Adres siedziby	
Dane kontaktowe (e-mail i nr telefonu)	
Łączna wnioskowana kwota wsparcia	

Wsparcie reintegracyjne dotyczy pracownika/ów PS wskazanych w tabeli* poniżej i jest zgodne z Indywidualnym Planem Reintegracyjnym pracownika/ów PS (załącznik do wniosku).

* w razie potrzeby należy dodać wiersze w tabeli

Rodzaj/nazwa usługi wraz z czasem trwania <i>(np. kurs „Excel dla początkujących” 8h; warsztaty wyjazdowe integracyjne 2 dni, 16h):</i>	Wykonawca usługi	Cena usługi	Imię i nazwisko pracownika, któremu dedykowana jest usługa:	Wsparcie bezpośrednie czy dla całego zespołu <i>(w przypadku zaznaczenia zespołu PS, proszę wskazać liczbę osób, które wezmą udział w usłudze):</i>
---	-------------------------	--------------------	--	---

				<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie <input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS - pracowników
				<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie <input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS - pracowników
				<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie <input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS - pracowników

.....
(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania PS)

Wniosek złożony w dniu	
Podpis pracownika Operatora przyjmującego wniosek	

Decyzja Operatora:

- przyznano wsparcie reintegracyjne w wysokości zł
- nie przyznano wsparcia reintegracyjnego*

**zaznaczyć właściwe*

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis i pieczęć osób uprawnionych do reprezentowania Operatora)