................................... dn. ...............................

 *(miejscowość)*

**ASESOR EWALUACJA I ROZWÓJ BALCERZAK SŁAWOMIR**

**02-548 Warszawa ul. Grażyny 13/15**

**W N I O S E K**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

IMIĘ ............................................................................................................................................

NAZWISKO ...............................................................................................................................

STAN CYWILNY ......................................................................................................................

ADRES .......................................................................................................................................

TELEFON ...................................................................................................................................

PESEL .........................................................................................................................................

DOWÓD OSOBISTY: seria ...................... numer .....................................................................

Numer rachunku bankowego .......................................................................................................

**Zwracam się z prośbą o refundację kosztów opieki nad moim dzieckiem:**

1) ............................................................................................................................ ur. ……………………………..

 *( imię i nazwisko dziecka)*

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………..,

ADRES: …………………………………………………………………………………………………………...

2) ........................................................................................................................... ur. ……………………………...

 *( imię i nazwisko dziecka)*

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………..,

ADRES: …………………………………………………………………………………………………………...

w związku z odbywaniem szkolenia zawodowego tytuł………………………………………. od dnia …………………….. do dnia …………………………………………………………

 ..............................................................

 *( podpis wnioskodawcy)*

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Akt urodzenia dziecka (dzieci).
2. Zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do żłobka lub przedszkola lub szkoły.

**ADNOTACJE KIEROWNIKA PROJEKTU „NOWY ZAWÓD NOWE SZANSE”:**

Pan/ Pani ......................................................................................................................................

jest/ była\* Uczestnikiem/czką szkolenia zawodowego pt od dnia .............................................................. do dnia ..............................................................

**Wnioskodawca spełnia warunki/ nie spełnia warunków\* do uzyskania refundacji.**

Zał. Lista obecności ze szkolenia

 ..........................................................

 *(data i podpis)*