Dnia ………………..

…………………………….

(imię i nazwisko)

…………………………….

…………………………….

(adres zamieszkania)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Krośnie Odrzańskim**

**Wniosek**

**o zwrot kosztów przejazdu**

Na podstawie art. 41 ust. 4b-4c i art. 45 ust. 1 i ust. 3-5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu poniesionych kosztów przejazdu z tytułu:

1. \*\* …………………………………………………………………………………………………………………
2. w miejscowości: ……………………………………………………………………………………………….
3. przez okres: od ………………………………………… do …………………………………………………
4. nazwa i adres realizatora …………………………………………………………………………………….

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

* ¹ Z uwagi na nie dogodne połączenie wynikające z rozkładu jazdy/ braku połączeń zbiorowej komunikacji publicznej lub prywatnej\* dojeżdżać będę prywatnym środkiem transportu.
* ¹ Dojeżdżać będę zbiorowym środkiem komunikacji publicznej lub prywatnej.

Jednocześnie oświadczam, że cena biletu jednorazowego/ miesięcznego\* najtańszym środkiem zbiorowej komunikacji publicznej lub prywatnej na trasie od ……………………………………………... do ………………………………………….. wynosi ………………………………….. zł.

…………………………………………

(podpis wnioskodawcy)

¹ - właściwe zaznaczyć znakiem X

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - należy wpisać odpowiednio: zatrudnienia, odbywania prac społecznie użytecznych, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, badań lekarskich, szklenia, egzaminu, zajęć z zakresu poradnictwa zawodowego, skierowania do pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy.

**II. Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy w Krośnie Odrzańskim**

1. Bezrobotna/y …………………………………………………………………… został/a skierowana/y na: …………………………………………… w miejscowości ……………………………………………….. na okres od ………………….…….. do …………………………… .
2. Ustalono z przewoźnikiem tj. ……………………………………………………………..
3. że na trasie ………………………...... - …………………………………… brak jest bezpośredniego połączenia/ występują niedogodności wynikające z rozkładu jazdy\*.
4. cena biletu miesięcznego za przejazd na tej trasie publicznym środkiem lokomocji wynosi miesięcznie ……………………………………….. zł.
5. cena biletu jednorazowego tam i z powrotem wynosi ……………………………….. zł.

…………………………………….

(podpis pracownika PUP)

**III. Decyzja Dyrektora**

Przyznaje się/ nie przyznaje się\* Panu/Pani ………………………………………………………………... prawo do zwrotu kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania tj. …………………………………………….. do miejsca ……………………………………………, tj. …………………………………………………………. w kwocie nie wyżej niż …………………………………….. zł miesięcznie, na okres trwania ………………. z uwagi na …………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………..

(podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej)