



POWIATOWY URZĄD PRACY w ŻAGANIU

ul. Dworcowa 9, 68-100 Żagań, tel. / fax: (+48)(68) 477-78-39 / 477-78-40 / 377-32-75
dyrektor tel. kom. 695-605-808, z-ca dyrektora tel. kom. 695-605-809
E-mail: pupzagan@pup.zagan.pl strona internetowa: www.pup.zagan.pl
www.bip.wrota.lubuskie.pl/pupzagan



_____, dn. _____

(imię i nazwisko)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Żaganiu**

(adres zamieszkania)

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU Z MIEJSCA ZAMIESZKANIA DO MIEJSCA WYKONYWANIA BADAŃ LEKARSKICH / PSYCHOLOGICZNYCH

Na podstawie art. 45 ust. 4 ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wnioskuję o zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania tj. z _____ do miejsca wykonywania badań lekarskich tj. do _____ w wysokości _____.

Nadmieniam, że na podstawie skierowania z tutejszego urzędu pracy zgłosiłem się w dniu/ dniach _____ na badaniach lekarskich / psychologicznych i je wykonałem(am)

Do pracodawcy dojechałem(am)¹: ☐ PKS ☐ MZK ☐ PKP ☐ własny lub użyczony środek transportu

Oświadczam, iż cena biletu jednorazowego komunikacji zbiorowej najtańszego środka transportu z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badań lekarskich / psychologicznych wynosi _____ zł w jedną stronę. Dzienny koszt dojazdu wynosi _____ zł.

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku o zwrot kosztów przejazdu, przyznana kwotę²:

☐ proszę przekazywać **na mój rachunek bankowy - w banku** _____

konto nr _____

☐ **odbiorę osobiście w kasie banku wskazanego przez Powiatowy Urząd Pracy Żaganiu.**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z obowiązującymi zasadami zwrotu kosztów przejazdu, akceptuję je i zobowiązuje się do ich przestrzegania. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 k.k. oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

W załączeniu przedkładam³:

dotyczy osób dojeżdżających własnym bądź użyczonym środkiem transportu

☐ kserokopię dowodu rejestracyjnego potwierdzoną za zgodność z oryginałem,

☐ kserokopię prawa jazdy potwierdzoną za zgodność z oryginałem,

☐ umowę użyczenia w przypadku nieposiadania własnego samochodu potwierdzoną za zgodność z oryginałem,

☐ wydruk cennika na danej trasie

☐ fakturę za zakup paliwa

☐ kserokopia zaświadczenia lekarskiego

¹ należy zaznaczyć właściwe

² należy zaznaczyć właściwe

³ należy zaznaczyć właściwe

dotyczy osób dojeżdżających środkami komunikacji publicznej

☐ wydruk cennika na danej trasie

☐ oryginały biletów

☐ kserokopia zaświadczenia lekarskiego

(data i podpis wnioskodawcy)

**WYPEŁNIA LEKARZ MEDYCyny PRACY / PSYCHOLOG/ LUB INNA OSOBA
UPOWAŻNIONA**

Potwierdzenie zgłoszenia się Pana / Pani _____ na wizytę

Data zgłoszenia się na badania	Podpis osoby upoważnionej

**ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
- ROZLICZENIE KOSZTÓW PRZEJAZDU -**

1. INFORMACJA DORADCY KLIENTA

Dane dotyczące wniosku

Numer wniosku _____/_____/_____

Wniosek kompletny ☐ tak ☐ nie / Wniosek złożony w terminie ☐ tak ☐ nie

Wezwano do uzupełnienia wniosku ☐ tak ☐ nie Termin na uzupełnienie wniosku _____

Wniosek uzupełniono ☐ tak, w dniu _____ ☐ nie

Osoba spełnia kryteria ustawowe do ubiegania się o zwrot ☐ tak ☐ nie

Data wydania skierowania _____ Data rozliczenia skierowania _____

Badania zostały wykonane ☐ tak ☐ nie

Dane dotyczące wysokości zwrotu

Koszt biletu jednorazowego w jedną stronę _____ łączna kwota biletów/faktur: _____

Ustalona kwota zwrotu zgodna z zasadami zwrotu kosztów przejazdu _____

Inne informacje

Uwzględniając zasady zwrotu kosztów przejazdu oraz złożone załączniki naliczono zwrot za przejazd w wysokości _____ zł.

(data i podpis doradcy klienta)

2. INFORMACJA DZIAŁU FINANSOWO - KSIĘGOWEGO O POSIADANIU ŚRODKÓW NA ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU

- ☐ finansowanie ze środków _____
☐ brak środków

(data i podpis pracownika PUP)

3. INFORMACJA KIEROWNIKA CAZ O ZGODNOŚCI WNIOSKOWANEGO WSPARCIA Z ZASADAMI ZWROTU KOSZTÓW PRZEJAZDU

(data i podpis Kierownika CAZ)

4. DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody na dokonanie zwrotu kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badań lekarskich / psychologicznych w wysokości _____.

(data i podpis Dyrektora PUP)

Sprawdzono pod względem
formalnym

Sprawdzono pod względem
merytorycznym zgodnie z art. 45 ust. 4
Ustawy o promocji zatrudnienia i
instytucjach rynku pracy

.....
Data podpis

.....
Data podpis