

**REGULAMIN DOFINANSOWANIA ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU
W RAMACH PROJEKTU:**

„Wspólnie na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa”

Nr umowy POWR.05.05.00-00-0024/18

1. Zwrot kosztów dojazdu dotyczy uczestników, których miejsce zamieszkania i/lub pracy jest inne niż miejsce odbywania płatnych praktyk zawodowych (obszar administracyjny miejscowości w której odbywają się praktyki). Co do zasady zwrot przysługuje maksymalnie dla 40% uczestników projektu z miejscem zamieszkania poza miejscem odbywania praktyk (decyduje kolejność zgłoszeń i odległość zamieszkania od miejsca realizacji praktyk). Każdemu uczestnikowi przysługuje zwrot nie większy niż 500 zł w semestrze na dojazd i/lub powrót z/do miejsca odbywania praktyk..
2. Podstawą refundacji wydatku są:
 - a. bilety kolejowe , autobusowe PKS:
 - na bilecie należy napisać imię i nazwisko uczestnika kursu oraz rodzaj kursu,
 - w przypadku podróżowania PKP I klasą koszt podróży będzie refundowany do wysokości ceny biletu II klasy.
 - brak biletu oznacza brak refundacji.
 - b. W przypadku dojazdu samochodem prywatnym (dotyczy tylko braku publicznych środków transportu – brak realnej możliwości dopasowania środków transportu na określonej trasie lub uczestnik posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności) należy:
 - jeżeli jest brak publicznych środków transportu (uczestnik musi dostarczyć zaświadczenie od przewoźnika lub napisać oświadczenie, że przewoźnik nie chciał wystawić takiego zaświadczenia i że nie ma dojazdu na danej trasie – podlega to weryfikacji przez Organizatora kursu)
 - jeżeli występują problemy zdrowotne – uczestnik musi dostarczyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
 - wypełnić „oświadczenie o podróży samochodem prywatnym" (załącznik nr 2),
 - dołączyć kserokopię prawa jazdy,
 - dołączyć kserokopię dowodu rejestracyjnego samochodu własnego, a w przypadku dojazdu samochodem innego właściciela - oświadczenie o udostępnieniu samochodu (załącznik nr 3)

- refundacja będzie równa cenie biletu PKS lub PKP klasa II na wskazanej trasie nie więcej niż do wartości 500 zł w semestrze,
 - w przypadku, kiedy jednym samochodem jedzie kilka osób, zwrot kosztów dojazdu będzie przysługiwał tylko kierowcy.
3. Refundacja nie obejmuje:
- dojazdu komunikacją miejską,
 - dojazdu taksówką,
 - opłat parkingowych,
 - opłat za korzystanie z dróg płatnych.
4. Rozliczenie będzie dokonywane na podstawie złożonego wniosku (załącznik nr 1) oraz załączników do dnia zakończenia semestru, wnioski złożone po tym dniu nie będą rozpatrywane.
5. Zwrot kosztów dojazdu będzie weryfikowany z listą obecności na praktykach.
6. Zwrot kosztów dojazdu nastąpi na wskazany przez Uczestnika rachunek bankowy do 30 dni od dnia zakończenia semestru którego dotyczy.
7. Organizator zastrzega sobie prawo przedłużenia terminu wypłaty w przypadku braku wpływu funduszy z IP.

Zatwierdzony dnia 9 października 2018 r. przez:

Koordynator Projektu

Daniel Osuch

Załącznik nr 1

WNIOSEK O ZWROT DOJAZDU UCZESTNIKA NA PRAKTYKI

W RAMACH PROJEKTU:

„Wspólnie na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa”

Nr umowy POWR.05.05.00-00-0024/18

dnia.....

(imię i nazwisko)

PESEL

(adres zamieszkania)

Oświadczam, że jako uczestnik praktyk (rodzaj praktyk, miejsce realizacji praktyk):

.....

Dojeżdżałem/am na praktyki zgodnie z poniższym zestawieniem:

Data	Opis trasy od-do	Środek transportu	Cena biletu w dwie strony

RAZEM			

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości: zł

na konto:.....(czytelny podpis)

Załączniki do wniosku:

- ☐ bilety PKP
- ☐ bilety PKS
- ☐ zaświadczenie od przewoźnika lub oświadczenie, że przewoźnik nie chciał wystawić takiego zaświadczenia i że nie ma dojazdu na danej trasie
- ☐ orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
- ☐ kserokopia prawa jazdy
- ☐ kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu
- ☐ oświadczenie o użyczeniu samochodu

Załącznik nr 2

WNIOSEK O ZWROT DOJAZDU UCZESTNIKA NA PRAKTYKI

W RAMACH PROJEKTU:

„Wspólnie na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa”

Nr umowy POWR.05.05.00-00-0024/18

OŚWIADCZENIE

(imię i nazwisko)

Oświadczam, że jako uczestnik praktyk (rodzaj praktyk, miejsce realizacji praktyk):

.....

dojeżdżałam/em na zajęcia własnym/użyczonym samochodem marki.....

..... o numerze rejestracyjnym.....

na trasie

Koszt dojazdu transportem publicznym (PKS/PKP) na powyższej trasie wynosi:

(czytelny podpis)

Załącznik nr 3

WNIOSEK O ZWROT DOJAZDU UCZESTNIKA NA ZAJĘCIA

W RAMACH PROJEKTU:

„Wspólnie na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa”

Nr umowy POWR.05.05.00-00-0024/18

OŚWIADCZENIE OSOBY UŻYCZAJĄCEJ POJAZD

Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem
osobistym nr wydanym przez
użyczyłem/am mojego samochodu marki o numerze rejestracyjnym
..... Panu/i
w dniach: (proszę wypisać wszystkie dni użyczenia pojazdu).....

(czytelny podpis)