**…………………………………………..**

(imię i nazwisko  **Powiatowy Urząd Pracy**

doradcy ds. zatrudnienia/specjalisty ds. rozwoju zawodowego **w** **Strzelcach Krajeńskich**

wypełnia wnioskodawca)

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów przejazdu**

1. Imię i nazwisko .............................................................................................................................
2. PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Adres zamieszkania .....................................................................................................................
2. Nr telefonu ………………………………………………………………………………………………..

Wnioskuję o zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do miejsca **zatrudnienia/innej pracy zarobkowej/odbywania formy pomocy**\*, tj. ………………………………………………….

(nazwa formy pomocy)

u ……………………………………………………………………………………………………………….

(nazwa pracodawcy/realizatora kształcenia ustawicznego)

w ……………………………………………………………………………………………………………….

(miejscowość)

i powrotu do miejsca zamieszkania przez okres od ……………………… do ……………………..

Odległość od miejsca zamieszkania do miejsca **zatrudnienia/innej pracy zarobkowej/ odbywania formy pomocy**\* wynosi ……………… km.

Koszt przejazdu najtańszym środkiem transportu zbiorowego obsługiwanym   
przez przewoźnika, tj. ………………………………………………………………………………………

(nazwa przewoźnika)

wynosi …………………………… zł jednorazowo/miesięcznie\*.

Jednocześnie oświadczam, że koszt przejazdu dogodnym środkiem komunikacji\*:

* transportu zbiorowego (PKS, PKP, MZK, prywatny przewoźnik);
* transportem własnym

wynosi …………………………… zł.

Oświadczam, że wybrany środek transportu jest dla mnie dogodny z uwagi na ……………..

……………………………………………………………………………………………………...…………...

Nadmieniam, że zgodnie z **zawartą umową/otrzymanym skierowaniem\*** będę uzyskiwał(a) **wynagrodzenie brutto/inny przychód\*** w wysokości …………………………… zł miesięcznie.

Należną mi kwotę zwrotu kosztów przejazdu**\***:

* proszę przekazać na rachunek bankowy nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* odbiorę osobiście w banku.

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Strzelcach Krajeńskich, Aleja Wolności 39, 66-500 Strzelce Kraj., tel. 95 763 11 40, adres e-mail zist@praca.gov.pl. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz w przypadku, gdy wniosek zostanie pozytywnie rozpatrzony – w celu zawarcia i realizacji umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO). Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej <https://strzelcekrajenskie.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych> lub w siedzibie Administratora. Z Inspektorem ochrony danych wyznaczonym w Urzędzie można skontaktować się na adres e-mail [iod@comp-net.pl](mailto:iod@comp-net.pl).

Załączniki do wniosku\*:

* oświadczenie o korzystaniu z prywatnego środka transportu;
* kopia umowy o pracę (jeżeli jest już zawarta)

………………………………………………. ……………………………………………….

(data, miejscowość) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Wypełnia powiatowy urząd pracy**

1. **Potwierdzenie skierowania bezrobotnego lub poszukującego pracy/**

**Potwierdzenie podpisania umowy z bezrobotnym lub poszukującym pracy\***

Potwierdzam, że wnioskodawca\*:

* został skierowany przez PUP – w dniu ……………………. (oferta pracy lub skierowanie   
  nr …………………..………………..);
* został poinformowany przez PUP – w dniu ……………………. o ofercie pracy  
  nr …………………..………………..;
* podpisał umowę z PUP – w dniu ……………………. nr ……………………………………….

w związku z czym będzie dojeżdżał z miejsca zamieszkania do miejsca **zatrudnienia/innej pracy zarobkowej/odbywania formy pomocy\***, tj. ………………………………………………….

(nazwa formy pomocy)

w ………………………………………………………………………………………………………………..

(miejscowość)

Liczba kilometrów na ww. trasie: ………..……………

Koszt biletu jednorazowego/miesięcznego\* PKS/PKP/MZK/prywatny przewoźnik\* wynosi …………………………… zł.

………………………………………………….

(data i podpis pracownika PUP)

1. **Sprawdzenie wniosku pod względem merytorycznym przez pracownika PUP**

Wniosek o zwrot kosztów przejazdu spełnia/nie spełnia**\*** warunki(-ów) określone(-ych)   
w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz zasadach finansowania z Funduszu Pracy kosztów przejazdu i zakwaterowania.

………………………………………………….

(data i podpis pracownika PUP)

1. **Decyzja Dyrektora PUP**

Przyznaję/Nie przyznaję\* zwrotu kosztów przejazdu na podstawie złożonego wniosku.

………………………………………………….

(data i podpis Dyrektora PUP)

\* właściwe zaznaczyć