Powiatowy Urząd Pracy w Świdnicy
ul. M. Skłodowskiej-Curie 5; 58-100 Świdnica
tel. (074) 856 18 12; fax (074) 856 18 13
www.praca.swidnica.pl

Załącznik nr 3

…… /imię i nazwisko/

…… /miejscowość, data/

…… /adres zamieszkania /

…… /miejscowość, ulica, kod pocztowy/

…… /telefon kontaktowy/

W N I O S E K o zwrot kosztów przejazdu do pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy lub na badania lekarskie, lub psychologiczne ze środków Funduszu Pracy/ Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

Podstawa prawna:
1) art. 45 ust. 3 i ust. 4 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (T. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 475),
2) art. 11 ust. 2 pkt 6 i pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (T. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 44).

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów przejazdu do ***pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy/ na badania lekarskie lub psychologiczne**** i powrotu do miejsca zamieszkania. Na podstawie skierowania tutejszego Urzędu z dnia ..... w dniu ..... zgłosiłem(am) się do *pracodawcy, który zgłosił ofertę pracy/ na badania lekarskie lub psychologiczne** w miejscowości .....

Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na moje konto nr .....

Jednocześnie oświadczam, że (pkt od 3 do 6 dot. osób ubiegających się o zwrot kosztów przejazdu własnym lub użyczonym środkiem transportu):

1. Koszt przejazdu wyniósł ..... zł.
2. **Zapoznałem(am) się z *„Zasadami przyznawania zwrotu kosztów przejazdu”* obowiązującymi w tut. Urzędzie.**
3. Posiadam prawo jazdy kategorii …….……..…….. ważne do …….,
4. Posiadam tytuł prawny do dysponowania pojazdem marki …….……..……., model …..……..……,
   rok produkcji ……..…….., pojemność ……. cm^3, moc silnika …… kW o numerze rejestracyjnym ……,
   rodzaj paliwa benzyna/diesel/gaz*, wynikający z*:
   a. prawa własności,
   b. prawa współwłasności wraz ze zgodą wszystkich współwłaścicieli,
   c. umowy użyczenia zawartej w dniu …….
5. Prawo do dysponowania pojazdem udzielone jest na okres od ..... do .....……..... *(wypełniają osoby nie będące właścicielami pojazdu).*
6. Ilość przejechanych km dziennie na trasie **dojazd/powrót** wynosi ....., średnie zużycie paliwa na 100/km wynosi ..... (w cyklu mieszanym wg instrukcji obsługi pojazdu).

……..……..

niepotrzebne skreślić

/czytelny podpis wnioskodawcy/

Załączniki:

- bilety jednorazowe dokumentujące poniesione koszty przejazdu szt. ……. na łączną kwotę ……..…. zł[1],
- imienna faktura VAT za zakup paliwa z dnia, w którym miało miejsce zgłoszenie do pracodawcy lub na badania,
- uwierzytelniona kserokopia zaświadczenia lekarskiego,

WYPEŁNIA DORADCA KLIENTA

Data wydania skierowania: .....

Data zgłoszenia się wnioskodawcy u pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy: .....

Data zgłoszenia się wnioskodawcy na badania lekarskie lub psychologiczne: .....

…….

/czytelny podpis doradcy klienta/

[1] **Nie dotyczy osób ubiegających się o zwrot kosztów przejazdu własnym lub użyczonym środkiem transportu.**