…………………………………………………………………………….

 *Imię i nazwisko Uczestnika Projektu*

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………….……………….

 *Adres zamieszkania Uczestnika Projektu*

 **Wniosek o zwrot kosztów badań lekarskich**

 Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów badań lekarskich wymaganych przy przystępowaniu na staż w ramach Projektu pn. „Wyższe kwalifikacje – to się opłaca!” nr WND-RPSL.07.01.03-24-0416/19 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości ……………………. zł (słownie: ………………………………………………………………………….………..)

Proszę o zwrot należnej kwoty na rachunek bankowy nr ………………………………………………………………………………… prowadzony przez bank …………………………………………………………………………………………

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

 *Miejscowość, data Podpis Uczestnika Projektu*

*Załączniki:*

1. *Kopia rachunku/faktury/innego dokumentu (kopia musi zostać poświadczona za zgodność z oryginałem przez Stażystę).*
2. *Potwierdzenie dokonania płatności.*
3. *Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy.*