Załącznik nr 1

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7 / OSOBĄ ZALEŻNĄ**

1. Projekt „**Kobieta + biznes = sukces**”
2. współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
3. realizowany przez STAWIL sp. z o.o., na podstawie Umowy nr RPPK.07.03.00-18-0110/15-00
4. zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie
5. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020
	1. OŚ PRIORYTETOWA VII. REGIONALNY RYNEK PRACY

DZIAŁANIE 7.3 – WSPARCIE ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

Ja niżej podpisana:

Imię: ………………………………………………..

Nazwisko: ………………………………………………..

PESEL: ………………………………………………..

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną[[1]](#footnote-1) *……………………………………………………………………………….. (imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)* poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w szkoleniu w dniu ………………..*……………………………………………….. (prosz*ę *poda*ć *terminy, w których sprawowana była opieka nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną)* organizowanym w ramach projektu pn. „*Kobieta + biznes = sukces”* współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Należną mi kwotę w wysokości: …………………..zł, słownie: ……………………………………………

proszę przekazać na konto:

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

(numer konta)

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

(nazwa banku)

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

data i podpis Uczestniczki projektu

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)