## Zał. nr 1 do umowy o udzielenie wsparcia reintegracyjnego

**Wniosek o udzielenie wsparcia reintegracyjnego**

Dane PS składającego wniosek:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa PS** |   |
| **NIP** |   |
| **Adres siedziby** |   |
| **Dane kontaktowe (e-mail i nr telefonu)** |   |
| **Łączna wnioskowana kwota wsparcia** |   |

Wsparcie reintegracyjne dotyczy pracownika/ów PS wskazanych w tabeli\* poniżej i jest zgodne z Indywidualnym Planem Reintegracyjnym pracownika/ów PS (załącznik do wniosku).

*\* w razie potrzeby należy dodać wiersze w tabeli*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj/nazwa usługi wraz z czasem trwania***(np. kurs „Excel dla początkujących” 8h; warsztaty wyjazdowe integracyjne 2 dni, 16h)* | **Wykonawca usługi** | **Cena usługi** | **Imię i nazwisko pracownika, któremu dedykowana jest usługa:** | **Wsparcie bezpośrednie czy dla całego zespołu** *(w przypadku zaznaczenia zespołu PS, proszę wskazać liczbę osób, które wezmą udział w usłudze):* |
|   |   |  |   | □ bezpośrednie wsparcie□ wsparcie zespołu PS - …….. pracowników |
|  |  |  |  | □ bezpośrednie wsparcie□ wsparcie zespołu PS - …….. pracowników |
|  |  |  |  | □ bezpośrednie wsparcie□ wsparcie zespołu PS - …….. pracowników |

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

*(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania PS)*

|  |  |
| --- | --- |
|  **Wniosek złożony w dniu** |   |
| **Podpis pracownika Operatora przyjmującego wniosek** |   |

Decyzja Operatora:

* przyznano wsparcie reintegracyjne w wysokości ………………………………… zł
* nie przyznano wsparcia reintegracyjnego\*

 *\*zaznaczyć właściwe*

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

*(Miejscowość, data) (Podpis i pieczęć osób uprawnionych do reprezentowania Operatora)*