## 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).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |
|  |  |  |  | * bezpośrednie wsparcie * wsparcie zespołu PS - …….. pracowników |

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

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

*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*