……………………………………………………………

…………………………………………………

…………………………………………………

Nazwa podmiotu prowadzącego DPS

 lub jednostki organizacyjnej WRiPZ

**Załącznik nr 1** do Wniosku o zwrot części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne
za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy **za miesiąc …………………………………………….**

**Informacja dotycząca zwolnień, urlopów bezpłatnych lub innych nieobecności w pracy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zwolnienie lekarskie****od-do****/daty/** | **Wynagrodzenie za czas choroby /płatne z funduszu pracodawcy/** | **Zasiłek chorobowy /płatny z ZUS/** | **Urlop bezpłatny od-do lub inne nieobecności** | **Zwolniony** | **Zatrudniony po okresie refundacji na dalszy okres** |
| **ilość dni** | **kwota w zł** | **ilość dni** | **dnia** | **przyczyna** | **jaki** | **od-do** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Inne informacje : …………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 / nazwisko i imię tel./ /Pracodawca, pieczęć i podpis/