

OŚWIADCZENIE

.....

Imię i nazwisko

członek Wojewódzkiego Zespołu.

do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi

Zgodnie z § 3 ust. 5 Zarządzenia Nr Wojewody Łódzkiego z dnia2023 r. w sprawie ustalenia składu oraz określenia wynagrodzenia dla członków Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wnoszę o zwrot kosztów podróży i noclegu w związku z uczestnictwem w dniach w obowiązkowym szkoleniu dla lekarzy/ psychologów/ doradców zawodowych/ pracowników socjalnych/ pedagogów*) w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Warszawie, co wynika z zapisu § 21 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 r., poz. 857), na wniosek Przewodniczącego Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi zgodnie z § 22 ust. 1 powołanego rozporządzenia i § 4 pkt 18 Zarządzenia Nr Wojewody Łódzkiego z dnia2023 r. w sprawie powołania i określenia zasad działania Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, w wysokości:

.....zł brutto – koszty podróży (na podstawie kosztu przejazdu drugą klasą masowego środka transportu),

.....zł brutto – koszty przejazdu komunikacją miejską (na podstawie aktualnej taryfy komunikacji miejskiej w miejscu szkolenia),

.....zł brutto – koszty noclegu – w przypadku, gdy faktura opiewa na kwotę wyższą niż ustalony limit, wpisać kwotę 300,00 zł

Razemzł brutto

(słownie złotych:.....)

Nr konta bankowego:

.....

Podpis członka WZON

Załączniki:

1) faktura imienna za nocleg,

2)

*) Niepotrzebne skreślić