**Załącznik nr 4k**

……, dnia ……. r.

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA STAŻU W PODMIOCIE PRZYJMUJĄCYM NA STAŻ**

dotyczy: realizacji stażu w ramach Projektu „Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” nr POWR.03.05.00-00-Z068/18.

W imieniu własnym oświadczam, że w dniu ……. r. otrzymałem od swojego Pracodawcy - …… (nazwa pracodawcy) wynagrodzenie/dodatek do wynagrodzenia w kwocie …… zł. (słownie: …….. …….) netto, z tytułu wykonywania w miesiącu/-ach ……..., w liczbie …… godzin/m-c obowiązków opiekuna stażu odbywanego przez Stażystę/-kę ……. (imię i nazwisko Stażysty/-ki)

…….
(czytelny podpis)

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i wdrażany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, zgodnie z umową o dofinansowanie nr POWR.03.05.00-00-Z068/18