*WZOR*

(miejscowość i data)

 Nazwa wnioskodawcy, adres wnioskodawcy oraz nazwa zabytku i tytuł prawny …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

 Numer identyfikacyjny REGON

 Obowiązująca pracodawcę stawka ubezpieczenia wypadkowego (w procentach)………………………..

Wykaz

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika | NrPESELlubdowoduosobistego | Wymiar czasu pracy | Pracownik wykonuje czynności zawodowe dotyczące zabytku lub infrastruktury z nim związanej TAK / | Wynagrodzenie brutto (średnie wynagrodzenie z okresu 3 miesięcy poprzedzających ogłoszenie stanu zagrożenia epidemicznego tj. przed 14 marca 2020 r.) |  Wnioskowana kwota dofinansowania wynagrodzenia brutto wraz z należnymi od tego wynagrodzenia składkami na ubezpieczenie społeczne za poszczególne miesiące objęte wnioskiem. Wnioskowana kwota dofinansowania w wysokości 80% wynagrodzenia pracownika nie może przekraczać kwoty 100% minimalnego. | W Wnioskowana kwota dofinansowania łącznie |
|  |  |  |  | TAK/NIE |  | Wynagrodzenie od dnia złożenia wniosku do dnia……..  | Wynagrodzenie od dnia …..do dnia …… | Wynagrodzenie od dnia……. do dnia…… | Wynagrodzenie (suma kwot z kolumn 7,9,11) | Składki na ubezpieczenie społeczne należne od pracodawcy (suma kwot z kolumn 8,10,12) | Razem (suma kolumn 13+14) |
| Wynagrodzenie brutto | Składki na ubezpieczenie społeczne należne od pracodawcy od wynagrodzenia z kolumny 7 | Wynagrodzenie brutto | Składki na ubezpieczenie społeczne należne od pracodawcy od wynagrodzenia z kolumny 9 | Wynagrodzenie brutto | Składki na ubezpieczenie społeczne należne od pracodawcy od wynagrodzenia z kolumny 11 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suma |  |  |  |  |  |

pracowników uprawnionych do świadczeń1 wypłacanych z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (Funduszu) za miesiące rok

 1. Uprawnieni zgodnie z art. 15ga ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem,

 przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 ze zm.)

(czytelny podpis, z podaniem imienia i nazwiska wnioskodawcy lub osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych) do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy

Zatwierdzono do wypłaty z Funduszu

Na łączną kwotę

Słownie:

(pieczęć, data i podpis głównego księgowego)

(podpis i pieczęć Dyrektora wojewódzkiego urzędu pracy)