

**Zestawienie personelu – informacje na temat zaangażowania zawodowego osób stanowiących personel projektu w okresie realizacji kontrolowanego projektu (dotyczy wszystkich zawartych / obowiązujących w tym okresie umów).**

Projekt nr:

Beneficjent:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | * Numer i data zawarcia umowy * Okres obowiązywania umowy | * Stanowisko * Wymiar czasu pracy / liczba godzin * Wynagrodzenie miesięczne / stawka godzinowa | * Ilość i rodzaj innych umów obowiązujących / zawartych z Beneficjentem dotyczących innych projektów realizowanych w ramach funduszy UE * Ilość i rodzaj innych umów obowiązujących / zawartych z Beneficjentem dotyczących działalności komercyjnej Beneficjenta (działalność pozaprojektowa) | * Ilość i rodzaj innych umów obowiązujących / zawartych z innymi podmiotami dotyczących innych projektów realizowanych w ramach funduszy UE * Ilość i rodzaj innych umów obowiązujących / zawartych z innymi podmiotami dotyczących ich działalności komercyjnej (działalność pozaprojektowa) | Informacje na temat działalności własnej osoby stanowiącej  personel projektu |
| **Personel projektu rozliczany w ramach kosztów bezpośrednich** | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **Personel projektu rozliczany w ramach kosztów pośrednich (należy wskazać wyłącznie imię, nazwisko oraz stanowisko)** | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **Personel projektu rozliczany w ramach kosztów pośrednich, który jednocześnie realizuje zadania w ramach kosztów bezpośrednich (należy wskazać informacje określone we wszystkich kolumnach).** | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **Informacje na temat zatrudnienia osób stanowiących personel projektu na podstawie stosunku pracy w Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej, Instytucji Wdrażającej (należy podać imię, nazwisko, nazwę instytucji oraz zajmowane stanowisko).** | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………………………….

*(Miejscowość i data sporządzenia Zestawienia)*

……………………………………………………………………….

*(Podpis i pieczęć Beneficjenta)*