**Raport końcowy**

Komponent Ia

Wizyty Studyjne

Program Edukacja

Numer dokumentu: XXX

1. **IDENTYFIKACJA PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer umowy |  |
| Beneficjent |  |

**Prawny przedstawiciel Beneficjenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pan/Pani | Imię | | Nazwisko |
| Stanowisko służbowe | | Tytuł naukowy (jeśli dotyczy) | |
|  | | | |

O**soba kontaktowa Beneficjenta (odpowiedzialna za przygotowanie raportu)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pan/Pani | Imię | | | Nazwisko |
| Stanowisko służbowe | | | Tytuł naukowy (jeśli dotyczy) | |
| Adres email | | Telefon | | |

**Uczestnicy *Wizyty Studyjnej*:**

|  |
| --- |
| 1. Imię nazwisko, stanowisko, rodzaj powiązania z instytucją wysyłającą.  2.  3.  4.  5. |

**Instytucja przyjmująca (prosimy o uaktualnienie danych)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji w języku ojczystym  (Institution name in native language) |  | |
| Nazwa instytucji w języku angielskim  (Institution name in English) |  | |
| Ulica (Street) |  | Nr domu/lokalu (Street no. / Place no.) |
| Kod pocztowy (ZIP code) |  | Miejscowość (City/Town) |
| Typ instytucji  (Institution type) | ⭘ Niepubliczna ⭘ Publiczna  (Non-public) (Public) | |
| Rodzaj instytucji  (institution type) | lista rozwijana | |
| Region (Region) | Kraj (Country) | Strona www (Website) |
| Osoba kontaktowa (imię i nazwisko): | Stanowisko |  |
| E-mail osoby kontaktowej | Telefon (Phone no.) |  |

**Partner projektu – jeśli dotyczy (prosimy o uaktualnienie danych)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji w języku ojczystym  (Institution name in native language) |  | |
| Nazwa instytucji w języku angielskim  (Institution name in English) |  | |
| Ulica (Street) |  | Nr domu/lokalu (Street no. / Place no.) |
| Kod pocztowy (ZIP code) |  | Miejscowość (City/Town) |
| Typ instytucji  (Institution type) | ⭘ Niepubliczna ⭘ Publiczna  (Non-public) (Public) | |
| Rodzaj instytucji  (institution type) | lista rozwijana | |
| Region (Region) | Kraj (Country) | Strona www (Website) |
| Osoba kontaktowa (imię i nazwisko): | Stanowisko |  |
| E-mail osoby kontaktowej | Telefon (Phone no.) |  |

**I.1 Harmonogram wizyty**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Umowa ws. projektu | Raport końcowy |
| Data wyjazdu: |  |  |
| Data powrotu: |  |  |
| Liczba dni wizyty: |  |  |
| Liczba dni roboczych wizyty: |  |  |

**I.2 Uczestnicy projektu objęci działaniami (osoby wyjeżdżające w ramach projektu)**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba planowanych uczestników | Liczba faktycznych uczestników |
| Płeć  (Sex) | Mężczyzna (Male) |  |  |
| Kobieta (Female) |  |  |
| Poziom wykształcenia  (Education level) | podstawowe (primary) |  |  |
| gimnazjalne (lower secondary) |  |  |
| zasadnicze zawodowe (secondary vocationsl) |  |  |
| zasadnicze branżowe (secondary industry) |  |  |
| średnie branżowe  (upper secondary industry) |  |  |
| średnie (secondary) |  |  |
| wyższe (higher) |  |  |
| Kadra zarządzająca (Management staff)[[1]](#footnote-1) | |  |  |
| Pozostali pracownicy (Other staff) | |  |  |
| Uczestnicy ze specjalnymi potrzebami (Participants with special needs) | |  |  |

1. **INFORMACJE OGÓLNE**

Raport należy wypełnić elektronicznie w systemie on-line (http://online.frse.org.pl), załączyć skan Oświadczenia podpisanego przez reprezentanta prawnego i przesłać elektronicznie.

Dokumentację potwierdzająca zrealizowanie wizyty w kategoriach ryczałtowych należy przesłać tylko na wezwanie Operatora Programu po analizie Raportu końcowego. W przypadku kategorii rozliczanych kosztami rzeczywistymi, należy zastosować kurs EUR naboru wniosków. Wymagane dokumenty opisane są w Przewodniku dla Wnioskodawcy.

1. **CZĘŚĆ MERYTORYCZNA**
   1. **Proszę przedstawić działania podjęte w ramach zrealizowanej *Wizyty Studyjnej*:**

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków  **Pozostało: xxx/1000 znaków** |

**oraz w języku angielskim:**

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków |

* 1. **Czy projekt został zrealizowany zgodnie z harmonogramem?**
* **Tak**
* **Nie**

Należy opisać podjęte działania związane z monitorowaniem realizacji projektu. Jeśli projekt nie został zrealizowany zgodnie z harmonogramem proszę opisać zamiany oraz podjęte działania zaradcze.

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków |

* 1. **W jakim stopniu udało się zrealizować główne cele *Wizyty Studyjnej,* proszę podać wartość %. Należy uzasadnić swoją ocenę**

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

**III.4. W jakim stopniu uczestnicy wizyty podnieśli swoje kompetencje, proszę podać wartość %**

|  |
| --- |
|  |

**III.5. Czy w trakcie realizacji projektu otrzymali Państwo wystarczające wsparcie organizacyjne i merytoryczne od Instytucji Przyjmującej.**

* Tak
* Nie

**Proszę opisać przebiegała współpraca z Instytucją Przyjmującą i (Partnerem, jeśli dotyczy).**

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

**III.6 Prosimy o opisanie działań upowszechniających oraz o określenie ich skali i zasięgu.  
W szczególności prosimy o opisanie 2 obowiązkowych działań upowszechniających:**

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

**III.7 Prosimy o opisanie przewidywanego krótko- i długoterminowego wpływu realizacji wizyty na przyszłą działalność Beneficjenta, w szczególności opisanie głównych założeń planu wykorzystania efektów wizyty i ewentualnej dalszej współpracy z Instytucją Przyjmującą.**

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

**III.8 Informacja nt. współpracy pomiędzy beneficjentem a Instytucja Przyjmującą. współpracy pomiędzy podmiotami z Państwa- Beneficjenta a podmiotami Państw-Darczyńców zaangażowanymi w Program.**

**III.8.1 Poziom zadowolenia Beneficjenta ze współpracy z Instytucją Przyjmującą, proszę podać wartość %**

|  |
| --- |
|  |

**III.8.2 Poziom zadowolenia Instytucji Przyjmującej ze współpracy z Beneficjentem, proszę podać wartość %**

|  |
| --- |
|  |

**III.8.3 Poziom zaufania Beneficjenta do Instytucji Przyjmującej, proszę podać wartość %**

|  |
| --- |
|  |

**III.8.4 Poziom zaufania Instytucji Przyjmującej do Beneficjenta, proszę podać wartość %**

|  |
| --- |
|  |

**III.8.5 Czy instytucje współpracujące stosują wiedzę uzyskaną w związku ze współpracą w ramach projektu**

**Beneficjent:**

* Tak
* Nie

**Instytucja Przyjmująca**

* Tak
* Nie

1. **CZĘŚĆ FINANSOWA**

Wszelkie kwoty w Raporcie końcowym powinny być wyrażone w EUR. W przypadku kategorii naliczanych na podstawie kosztów rzeczywistych, dla kosztów wydatków rzeczywistych poniesionych w PLN lub innej walucie do przeliczeń na EUR należy stosować miesięczny kurs obrachunkowy wymiany ustalony przez Komisję Europejską z dnia naboru wniosków i opublikowany na jej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/budget/contracts_grants/info_contracts/inforeuro/inforeuro_en.cfm>

Kalkulator odległości do określenia stawki na pokrycie kosztów podróży znajduje się na stronie <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/resources/distance-calculator_en>

Koszty różnic kursowych oraz straty powstałe na operacjach walutowych są kosztami niekwalifikowanymi.

**IV.1 Podróż uczestników**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Liczba uczestników wizyty (a)** | **Miejsce wyjazdu (b)** | **Kraj wyjazdu (c)** | **Miejsce przyjazdu (d)** | **Kraj przyjazdu (e)** | **Przedział odległości (f)** | **Stawka (g)** | **Kwota (h)**  **(a\*g)** |
| 1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| suma | | | | | | | |  |

**IV.2 Utrzymanie uczestników**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Liczba uczestników wizyty (a)** | **Liczba dni roboczych wizyty (b)** | **Liczba dni na podróż (c)** | **Liczba dni razem (d) (b+c)** | **Stawka (e)** | **Kwota (f)**  **(a\*d\*e)** |
| 2.1 |  |  |  |  | 200,00 |  |
| suma | | | | | |  |

**IV.3 Wsparcie organizacyjne – Instytucja Przyjmująca**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni roboczych wizyty (a)** | **Stawka (b)** | **Kwota (a\*b)** |
|  | 400,00 |  |

**IV.4 Wsparcie organizacyjne – Instytucja Wysyłająca**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni roboczych wizyty (a)** | **Stawka (b)** | **Kwota (a\*b)** |
|  | 300,00 |  |

**IV.5 Przygotowanie językowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba uczestników wizyty (a)** | **Stawka (b)** | **Kwota (a\*b)** |
|  | 150,00 |  |

**IV.6 Koszty** **dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami uczestników wizyty.**

W ramach raportowanego okresu zostały poniesione koszty dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami:

* Tak
* Nie

*(jeśli zaznaczono Tak)*

**IV. 6.1 Podróż osoby towarzyszącej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Liczba uczestników wizyty (a)** | **Miejsce wyjazdu (b)** | **Kraj wyjazdu (c)** | **Miejsce przyjazdu (d)** | **Kraj przyjazdu (e)** | **Przedział odległości (f)** | **Stawka (g)** | **Kwota (h)**  **(a\*g)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| suma | | | | | | | |  |

**IV.6.2 Utrzymanie osoby towarzyszącej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Liczba uczestników wizyty (a)** | **Liczba dni roboczych wizyty (b)** | **Liczba dni na podróż (c)** | **Liczba dni razem (d) (b+c)** | **Stawka (e)** | **Suma (f)**  **(a\*d\*e)** |
|  |  |  |  |  | 200,00 |  |
| suma | | | | | |  |

**IV.6.3 Pozostałe koszty związane ze specjalnymi potrzebami uczestników wizyty**

*Ta część dofinansowania rozliczana jest po kosztach rzeczywistych.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **numer dokumentu księgowego (a)** | **Opis wydatku (b)** | **Kwota dokumentu brutto (c)** | **Kwota kwalifikowalna z dokumentu (d)** | **Waluta dokumentu (e)** | **Data wystawienia dokumentu (f)** | **Data płatności (g)** | **Kurs EUR (h)** | **Kwota kwalifikowalna w EUR (nie większa niż wynikająca z umowy) (i)** |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dodaj | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Razem**

**IV.7** Podsumowanie części finansowej

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategorie budżetowe** | **Koszty w EUR** |
| Podróż uczestników |  |
| Utrzymanie uczestników |  |
| Wsparcie organizacyjne – Instytucja Przyjmująca |  |
| Wsparcie organizacyjne – Instytucja Wysyłająca |  |
| Przygotowanie językowe |  |
| Koszty dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami uczestników wizyty studyjnej. |  |
| **Łączne koszty:** |  |

1. **UWAGI I REKOMENDACJE**

Prosimy przedstawić wszelkie uwagi i rekomendacje mające na celu usprawnienie przyszłych działań, procedur administracyjnych, sposobu finansowania itd. w odniesieniu do *Wizyt Studyjnych*:

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

1. **WNIOSEK O ROZLICZENIE PŁATNOŚCI BILANSUJĄCEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| A. Przyznane dofinansowanie (zgodnie z umowa˛) [w EUR] |  |
| B. Suma poniesionych kosztów [w EUR] |  |
| C. Poziom dofinansowania [%] |  |
| D. Wkład własny [w EUR] |  |
| E. Kwota otrzymanej zaliczki [w EUR] |  |
| F. Końcowa płatność bilansująca [w EUR] |  |

1. **OŚWIADCZENIE I PODPIS**

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym raporcie są zgodnie z moją najlepszą wiedzą, prawidłowe. W szczególności zaś zawarte w nim informacje finansowe odpowiadają faktycznie zrealizowanym działaniom oraz kosztom poniesionym na realizację projektuWnioskuję o realizację końcowej płatności bilansującej.

Miejsce: …………………. Data (dd/mm/rrrr): …………………………………

Numer Umowy ws. projektu: ……………………………………………………

Nazwa organizacji beneficjenta: ……………………………………………….

Nazwisko prawnego przedstawiciela: …………………………………………

Czytelny podpis. ……………………………………………………..

Pieczęć instytucji ……………………………………………………

1. np. kadra zarządzająca szkół/uczelni wyższych, kuratoriów oświaty, personel instytucji/jednostek odpowiedzialnych za jakość, politykę rozwoju, inna kadra zarządzająca [↑](#footnote-ref-1)