



Vaasan kaupunki/Vasa stad  
PL/PB 513  
65101 VAASA/VASA

**ATERIAKORVAUKSEN MAKSAMINEN KOULUTUSSOPIMUSJAKSOLTA  
MÅLTIDERSÄTTNING FÖR UTBILDNINGSPERIOD**

Lomake täytetään koneella/Blanketten fylls i på dator

**Opiskelijan yhteystiedot/Studerandens kontaktuppgifter**

Nimi/Namn	
Henkilötunnus/Personbeteckning	
Ryhmä/Grupp	
Osoite/Adress	
Postinumero ja -paikka/ Postnummer och -anstalt	
<b>IBAN</b> -pankkitilinro/-kontonummer	
Ohjaava opettaja/ Handledande lärare	

**Koulutussopimuspaikka/Utbildningsplats**

Yritys/Företag	
Osoite ja postinumero/ Adress och postnummer	
Yhteyshenkilö/Kontaktperson	
Puhelinnumero/Telefon	
Koulutussopimuksen ajankohta/Utbildningsperiod	
Tehtävät/Uppgifter	

**Ateriakorvauksen peruste/Grund för måltidersättning**

Korvauspäivien lukumäärä Antal dagar som ersätts	(à 3,40 € Rehtorin päätös § 1/2018 4.1.2018) à 3,40 € x ____ pv/dagar = yhteensä/sammanlagt _____ €
Ohjaavan opettajan allekirjoitus Underskrift av handledande lärare	_____