

O Ś W I A D C Z E N I E osoby pobierającej stypendium

Nazwisko Imiona:

Imię ojca: Imię matki:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL: NIP:

Seria i numer dowodu osobistego: wydanego przez

Miejsce zamieszkania

Gmina / Dzielnica

Powiat: Województwo:

Kod: Poczta:

Miejscowość: Ul.

Nr domu Nr mieszkania Telefon:

Adres e-mail:

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

Urząd Skarbowy:

Nr **mojego** rachunku bankowego | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

O Ś W I A D C Z E N I E O U B E Z P I E C Z E N I U S P O Ł E C Z N Y M

Niniejszym oświadczam, że:

W każdej rubryce

TAK

należy wpisać odpowiednio **TAK** lub **NIE**

W przypadku zaznaczeniu w rubryce

proszę wypełnić (jeśli dotyczy) kolumnę po prawej:

Uczę się w szkole, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych		
Jestem zgłoszona do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)		
Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy		Nazwa Urzędu Pracy:
Posiadam prawo do zasiłku dla osób bezrobotnych		Zasiłek od dnia: do dnia:
Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/umowę cywilnoprawną/inną umowę		Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy
		Podać rodzaj umowy:
		Okres obowiązywania umowy:
		Nazwa zakładu pracy:
		NIP zakładu pracy:



W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym		od dnia:do dnia:.....
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej.		
Jestem emerytem/rencistą		Nr decyzji: Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: Proszę dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)
Pobieram z tego tytułu świadczenie rentowe		od dnia:do dnia:..... Nr decyzji:
Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt „Droga do kariery” nr RPLU.10.02.00-06-0011/15 będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu.		

Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji). **O wszystkich zmianach** dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, **zobowiązuje się pisemnie powiadomić** Organizatora projektu, **w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.** Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i nie pobierają zasiłku dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach RPO, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie zostaną zgłoszone do ubezpieczenia od pierwszego dnia szkolenia i odprowadzane będą od nich składki.

Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i pobierają zasiłek dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach RPO, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie obowiązkowi ubezpieczenia społecznego podlegają tylko z tytułu pobierania zasiłku dla bezrobotnych.

Oświadczam, że znana jest mi treść Regulaminu przyznawania i wypłacania stypendiów szkoleniowych i stażowych w ramach projektu „Droga do kariery” nr RPLU.10.02.00-06-0011/15 .

.....
miejsowość i data

.....
podpis