



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

**Projekt „Kampus Międzynarodowej Kariery ALMA”**

realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027  
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

**Oświadczenie uczestnika projektu  
„Kampus Międzynarodowej Kariery ALMA”  
pobierającego stypendium**

Nazwisko: ..... Imię: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....

PESEL: ..... Obywatelstwo: .....

Miejsce zameldowania

Gmina / Dzielnica: ..... Powiat: ..... Województwo: .....

Kod: ..... Poczta: ..... Miejscowość: .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....

Miejsce zamieszkania (jeżeli inne niż adres zameldowania)

Gmina / Dzielnica: ..... Powiat: ..... Województwo: .....

Kod: ..... Poczta: ..... Miejscowość: .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia: .....

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego: .....

NR rachunku bankowego: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM**

**Niniejszym oświadczam, że:**

*W KAŻDEJ RUBRYCE WPISAĆ TAK LUB NIE (W przypadku wpisania TAK należy uzupełnić kolumnę po prawej)*

Jestem zarejestrowany/a w Powiatowym/ Wojewódzkim Urzędzie Pracy			Nazwa Urzędu Pracy: .....
Pobieram zasiłek dla osób bezrobotnych			Zasiłek od dnia: ..... do dnia: .....
Jestem	emerytem		Nr decyzji: ..... <b>Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)</b>
	rencistą		



**Projekt „Kampus Międzynarodowej Kariery ALMA”**

realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027  
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: ..... lekki/umiarkowany/znaczny (wpisać właściwe) <b>Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)</b>
Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe		Świadczenia rentowe od dnia: ..... do dnia: .....
Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/cywilnoprawną/inna umowę		Rodzaj umowy:
		Okres obowiązywania umowy:
		Nazwa zakładu pracy:
		NIP zakładu pracy: <b>Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy</b>
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym		W okresie: od ..... do .....
Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem i nie ukończyłem/łam 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuję w formie studiów niestacjonarnych		Jako potwierdzenie dołączam kopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej. Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć co 6 miesięcy kopię aktualnej legitymacji uczniowskiej/studenckiej.
Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)		
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem/łam wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej		
Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt "Międzynarodowy Akcelerator Kariery. Edycja Świętokrzyska" <b>będzie</b> dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu		

1. 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).
2. 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, zobowiązuję się pisemnie powiadomić Organizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.
3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych z późniejszymi zmianami za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

.....  
data rozpoczęcia zajęć

.....  
podpis Uczestniczki/ka Projektu