



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Projekt „Nowa Kariera – Nowa Ja”

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

**Oświadczenie uczestnika projektu
„Nowa Kariera – Nowa Ja” 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:
	rencistą		Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)



Projekt „Nowa Kariera – Nowa Ja”

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/znaczný (wpisać właściwe) Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)
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: Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy
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" będzie 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