



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

OŚWIADCZENIE

Osoby pobierającej stypendium

1. Dane osobowe:

Nazwisko: Imiona:

Imię ojca: Imię matki:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL:

Nr karty stałego pobytu (wypełniają obcokrajowcy):

2. Miejsce zamieszkania:

Gmina / Dzielnica
.....

Powiat: Województwo:

Kod pocztowy: Poczta:

Miejscowość: Ulica:

Nr domu Nr mieszkania

3. Dane kontaktowe:

Telefon: Adres e-mail:

4. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

5. Nr r-ku bankowego | | | | | | |

6. Jestem/nie jestem (zaznaczyć właściwe) osobą niepełnosprawną i posiadam/nie posiadam (zaznaczyć właściwe) stopień niepełnosprawności:

- ☐ LEKKI
☐ UMIARKOWANY
☐ ZNA CZNY

7. Pobiera Pan/Pani świadczenie (jeśli tak to proszę podać nr świadczenia):



RENTĘ

Nr świadczenia

☐

EMERYTURĘ

Nr świadczenia

☐

INNE (podać)

☐

NIE POBIERAM ŚWIADCZENIA

Proszę podać nazwę i adres organu wypłacającego świadczenie

.....

W przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym zgadzam się, aby Instytucja realizująca Projekt „W DRODZE DO LEPSZEJ PRACY”, nr FEDS.07.09-IP.02-0077/24 realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla Dolnego Śląska 2021-2027 dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu.

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że:

☐

jestem zarejestrowany(a) jako bezrobotny w Urzędzie Pracy oraz, że **pobieram / nie pobieram*** zasiłek/ku dla bezrobotnych i poinformuje ww. Urząd Pracy o uczestnictwie w szkoleniu w wymaganym terminie 7 dni od rozpoczęcia szkolenia.

☐

nie jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy.

☐

jestem/nie jestem* objęty(a) ubezpieczeniem społecznym z tytułu pobierania stypendium stażowego lub szkoleniowego.

Oświadczam, że wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. O wszelkich zmianach dotyczących danych podanych w niniejszym kwestionariuszu zobowiązuję się poinformować Beneficjenta niezwłocznie. Ponoszę wszelką odpowiedzialność, w tym odpowiedzialność odszkodowawczą, powstałą wskutek niedotrzymania przeze mnie treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuje odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

.....

podpis

*) niepotrzebne skreślić