*Zał.1 do Umowy trójstronnej stażowej*

**OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM STAŻOWE**

Do projektu „Z POWERem do zatrudnienia!” nr POWR.01.02.01-18-0045/19, Priorytet I. Osoby młode na rynku pracy, Działanie 1.2 Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy - projekty konkursowe, Poddziałanie 1.2.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego

1. **Dane osobowe**

Nazwisko ........................................................................ Imiona: ...........................................................

Imię ojca: ................................................................. Imię matki: .............................................................

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

PESEL: ......................................... Seria i numer dowodu osobistego: ………...................................... wydanego przez ..................................................................

# Miejsce zameldowania

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

Poczta: …............................................... Miejscowość:.........................................................................

Ul: ..........................................................................Nr domu .................... Nr mieszkania .....................

# Dane kontaktowe

Telefon:................................... Adres e mail:.........................................................................................

# Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

.........................................................................................................................................................

1. **Nr r-ku bankowego:**

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

**właściciel R-ku bankowego[[1]](#footnote-1):** ……………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko oraz proszę określić stopień pokrewieństwa, np. ojciec, matka)

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

LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY

1. **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:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

# OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że:

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

**W przypadku konieczności** objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym zgadzam się aby Instytucja realizująca projekt „Z POWERem do zatrudnienia!” będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu.

O wszelkich zmianach dotyczących danych w niniejszym kwestionariuszu zobowiązuję się poinformować pisemnie.

………………………………………………………………….

podpis Uczestnika projektu

\*niepotrzebne skreślić

1. Dot. osób nieletnich [↑](#footnote-ref-1)