Załącznik nr 17

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

Kwestionariusz osobowy uczestnika stażu/szkolenia zawodowego Aktywizacja Dolnośląskiego Rynku Pracy – IV edycja" nr projektu: FEDS.07.04-IP.02-0004/23

Nazwisko

Imiona

Nazwisko rodowe

Imiona rodziców

Dowód osobisty (seria i numer dokumentu)

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

Identyfikator podatkowy: PESEL/NIP*

Numer ewidencyjny PESEL

Numer identyfikacji podatkowej NIP

Nazwa banku/ oddziału

Numer konta bankowego na który proszę przekazać wynagrodzenie za wykonaną pracę:

Urząd Skarbowy: ……

Adres Urzędu Skarbowego: ……

……

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

Ulica

Numer domu **Numer mieszkania**

Gmina

Numer telefonu kierunkowy - domowy **Numer telefonu komórkowego**

Adres zamieszkania (wypełnić, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania):

Kod pocztowy **Poczta**

Miejscowość

Ulica

Numer domu **Numer mieszkania**

Gmina

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania/zamieszkania):

Kod pocztowy **Poczta**

Miejscowość

Ulica

Numer domu **Numer mieszkania**

Gmina

Przynależność do Oddziału Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia

Oświadczam, że:

1. Jestem zatrudniony/a* /nie jestem zatrudniony/a * na podstawie umowy o pracę w wymiarze ……. czasu pracy w:

Projekt „Aktywizacja Dolnośląskiego Rynku Pracy – IV edycja” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

……

(nazwa i adres ZAKŁADU PRACY)

i otrzymuję*/nie otrzymuję* wynagrodzenie z tego tytułu powyżej wynagrodzenia minimalnego.

2. Jestem uprawniony do emerytury* renty* ustalonej decyzją oddziału ZUS z dnia …… Znak:

   …….

3. Jestem studentem w wieku do ukończenia 26 roku życia (nazwa i adres uczelni, nr legitymacji studenckiej)

   …….

   i wnoszę/nie wnoszę* o objęcie ubezpieczeniem społecznym od dnia……

4. Jestem/nie jestem* zarejestrowany jako osoba bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy w ……

5. Pobieram/nie pobieram* zasiłek dla bezrobotnych.

6. W razie utraty prawa do zasiłku poinformuje Beneficjenta/Partnera drogą mailową na adres **……**w ciągu max. 3 dni od momentu zaistnienia tego faktu.

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem/am zgodnie z prawdą i że świadomy/a jestem odpowiedzialności karnej z art.247 par.1 kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....

(data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

* Niepotrzebne skreślić

Projekt „Aktywizacja Dolnośląskiego Rynku Pracy – IV edycja" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027