



OŚWIADCZENIE O POBIERANIU STYPENDIUM

w ramach projektu "Firma 50+ edycja III - wsparcie przedsiębiorczości osób powyżej 50 r.ż.
z obszarów słabo zaludnionych województwa łódzkiego"

Nr umowy: RPLD.08.03.01-10-0062/18

Realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na
lata 2014 – 2020

Oś Priorytetowa VIII „Zatrudnienie”
Działanie VIII.3. Wsparcie przedsiębiorczości,
Poddziałanie VIII.3.1. Wsparcie przedsiębiorczości w formach bezzwrotnych

Nazwisko:

Imiona:.....

Imię ojca: Imię matki:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:.....

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

Seria i numer dowodu osobistego: wydanego przez

.....

Adres zameldowania:

Gmina / Dzielnica: Powiat:

Województwo:.....

Kod: Poczta: Miejscowość:

ul: Nr domu: Nr mieszkania.....

Telefon: Adres e-mail:

Oddział NFZ:.....

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż adres zameldowania):

<p>Jestem zatrudniona/zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowę o pracę / umowę cywilną / inną umowę</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Rodzaj umowy:</p> <p>.....</p> <p>Okres obowiązywania umowy:</p> <p>.....</p> <p>Nazwa zakładu pracy:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>NIP zakładu pracy:</p> <p>.....</p> <p>Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy</p>
<p>W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>W okresie:</p> <p>od dnia</p> <p>.....</p> <p>do dnia</p> <p>.....</p>

1. Wyrażam zgodę w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt „Firma 50+ edycja III...” będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu.
2. 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).
3. 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.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

.....
Data, Miejsce

.....
Podpis Uczestnika Projektu