

OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM SZKOLENIOWE

/ STAŻOWE w Projekcie „Akademia Malucha MIR”,
współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 Osi Priorytetowej X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Działanie X.1. Powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do 3 lat.

Nazwisko				Imiona			
Data urodzenia				PESEL			
MIEJSCE ZAMIESZKANIA		Województwo					
Powiat				Gmina			
Kod		Pocztą		Miejscowość			
Ulica				Nr domu i mieszkania			
Telefon				Adres e-mail			
Oddział NFZ				Urząd Skarbowy			
Nr r-ku bankowego							

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że:

- Nie jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy oraz że **nie pobieram zasiłku dla bezrobotnych**, nie posiadam innych tytułów do ubezpieczenia i w związku z tym wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym, wypadkowym i zdrowotnym z tytułu uczestnictwa w szkoleniu i pobierania stypendium,
- jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy, ale nie pobieram zasiłku dla bezrobotnych i w związku z tym wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym, wypadkowym i zdrowotnym z tytułu uczestnictwa w szkoleniu i pobierania stypendium. **Jednocześnie w ciągu 7 dni od podjęcia szkolenia zobowiązuję się wyrejestrować na czas szkolenia z Urzędu Pracy.**
- jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy woraz **pobieram zasiłek dla bezrobotnych**, w związku z tym **podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego tylko z tytułu pobierania zasiłku dla bezrobotnych i nie wnoszę o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu uczestnictwa w szkoleniu i pobierania stypendium. Jednocześnie zobowiązuję się w ciągu 7 dni powiadomić Urząd Pracy o podjęciu szkolenia i pobieraniu z tego tytułu stypendium szkoleniowego.**
- Przebywam z tytułu umowy o pracę na urlopie wychowawczym / bezpłatnym od..... do..... i w związku z tym wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym, wypadkowym i zdrowotnym z tytułu uczestnictwa w szkoleniu i pobierania stypendium. **Jednocześnie zobowiązuję się w ciągu 7 dni od podjęcia szkolenia powiadomić Pracodawcę i ZUS o fakcie podlegania ubezpieczeniom z tytułu pobierania stypendium szkoleniowego.** Przyjmuję do wiadomości, że zostaną wyrejestrowany/a z ZUS przez Beneficjenta po zakończeniu szkolenia i w celu objęcia ubezpieczeniem po zakończeniu szkolenia muszę się samodzielnie zgłosić do pracodawcy, ZUS lub innego odpowiedniego dla mojej sytuacji organu.
- posiadam inny tytuł** do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego (np. emerytura, renta z tytułu niezdolności do pracy, renta socjalna, renta rodzinna) (jaki?)

Uprzedzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

W przypadku jakiegokolwiek zmiany w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie złożyć Beneficjentowi zaktualizowane oświadczenie.

W przypadku podania w oświadczeniu nieprawdziwych danych, a także w sytuacji nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne wraz z odsetkami od całego powstałego zadłużenia.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis