



Projekt „Masz POWER – masz pracę!” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM
w ramach projektu „ Masz POWER – masz pracę!”

DANE OSOBOWE:

NAZWISKO:	IMIĘ:
IMIĘ OJCA:	IMIĘ MATKI:
DATA I MIEJSCE URODZENIA:	PESEL:
SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO:	DOWÓD WYDANY PRZEZ:

DANE TELEADRESOWE:

GMINA/DZIELNICA:	POWIAT:
WOJEWÓDZTWO:	KOD:
POCZTA:	MIEJSCOWOŚĆ:
ULICA:	NR DOMU I NUMER LOKALU:
NUMER TELEFONU:	ADRES E-MAIL:

NUMER KONTA BANKOWEGO:

ODDZIAŁ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:.....



Biuro Projektu: Grupa Infomax Sp. z o.o. Sp. k.
ul. Porcelanowa 11c, 40-246 Katowice
tel.: 510-270-171, email: projekt@grupainfomax.com
www.power.grupainfomax.com





Projekt „Masz POWER – masz pracę!” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że:

(W każdej rubryce proszę wpisać **TAK** lub **NIE**)

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jestem rencistą Nr decyzji: (Proszę o dołączenie kopii decyzji)
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą niepełnosprawną Stopień niepełnosprawności: (Proszę dołączyć kserokopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Z ww. tytułu pobieram świadczenie rentowe Świadczenie rentowe od dnia: do dnia:
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/ studentem i nie ukończyłem 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych (Proszę dołączyć kserokopię legitymacji)
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Prowadzę własną działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej

- Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art.233 par. 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych danych.
- 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.
- Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art.98 Ustawy z dn. 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

.....
(Data i podpis uczestnika projektu)

