



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:.....





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	<b>Jestem rencistą</b> Nr decyzji: ..... (Proszę o dołączenie kopii decyzji)
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<b>Jestem osobą niepełnosprawną</b> Stopień niepełnosprawności: ..... (Proszę dołączyć kserokopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<b>Z ww. tytułu pobieram świadczenie rentowe</b> Świadczenie rentowe od dnia: ..... do dnia: .....
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<b>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</b> (Proszę dołączyć kserokopię legitymacji)
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<b>Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS</b>
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<b>Prowadzę własną działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej</b>

- 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)

