**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**1. Dane osobowe**

Nazwisko ................................................................................

Imiona:..................................................................................

Imię ojca: .................................................. Imię matki: .........................................................

Data urodzenia: .......................................Miejsce urodzenia: ..................................................

PESEL:….................................................................................................................................

**2. Miejsce zamieszkania**

Gmina / Dzielnica ..................................................................................................................

Powiat: .......................................................Województwo: ..................................................

Kod: .............................................Poczta: ............................................................................

Miejscowość:........................................................Ul:....... ......................................................

Nr domu ..........................................Nr mieszkania ................................................................

**3. Dane kontaktowe**

Telefon:......................................................Adres email:........................................................

**4. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:** ....................................................................

**5. Urząd Skarbowy**………………………………………………………………………………………………………….

**6. Nr r-ku bankowego** ………………………………………………………………………………………………….

**7. Jestem/nie jestem** (zaznaczyć właściwe) **osobą niepełnosprawną i posiadam/nie posiadam** (zaznaczyć właściwe) **stopień niepełnosprawności :**

⬜ Lekki ⬜ Umiarkowany ⬜ Znaczny

**8. Pobiera Pan/Pani świadczenie** (jeśli tak to proszę podać nr świadczenia):

⬜ RENTĘ nr świadczenia………………………………………..……………

⬜ EMERYTURĘ nr świadczenia………………………………………..……………

⬜ INNE (jakie)…………..………………………………………..……………

⬜ NIE POBIERAM ŚWIADCZENIA

Proszę podać nazwę i adres organu wypłacającego świadczenie:

..............................................................................................................................................

**9. Oświadczenia**

Niniejszym oświadczam, że:

⬜ **jestem zarejestrowany(a)** jako bezrobotny w Urzędzie Pracy w ........................................... ul................................................................ oraz **pobieram / nie pobieram\*** zasiłek/ku dla bezrobotnych i poinformowałem ww. Urząd Pracy o uczestnictwie w szkoleniu w wymaganym terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia.

Zasiłek dla bezrobotnych pobieram do dnia..................................................................

⬜ **nie jestem zarejestrowany(a)** w Urzędzie Pracy

W przypadku koniecznościobjęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym zgadzam się aby Instytucja realizująca projekt „Mam pracę” nr RPDS.08.02.00-02-0124/18 dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu.

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do **niezwłocznego poinformowania Beneficjenta – BRC CONSULTING Renata Różycka o wszelkich zmianach** dotyczących podanych danych i  treści niniejszego oświadczenia. Ponoszę wszelką odpowiedzialność, w tym odpowiedzialność odszkodowawczą powstałą wskutek niedotrzymania przeze powyższego zobowiązania.

dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

…………………………………………..

data i podpis

*(\*) niepotrzebne skreślić*