***Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania i wypłacania stypendiów szkoleniowych***

**OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM SZKOLENIOWE**

w projekcie „AKTYWNE MAMY” nr RPDS.08.04.01-02-0030/19 współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi priorytetowej 8 Rynek pracy, Działanie 8.4 „Godzenie życia zawodowego i prywatnego" Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014–2020

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Obywatelstwo |  |
| PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Adres zamieszkania dla celów podatkowych:**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr mieszkania |  |
| Telefon |  |
| Województwo |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Kraj |  |
| Oddział NFZ |  |
| Urząd Skarbowy |  |
| Rachunek bankowy |  |

**Informacje dodatkowe**[[1]](#footnote-1)**:**

1. Oświadczam, że:

 nie jestem osobą z niepełnosprawnością, nie posiadam stopnia niepełnosprawności

 jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadam stopień niepełnosprawności:

 lekki

 umiarkowany

 znaczny

1. Oświadczam, że:

 pobieram świadczenie:

 Rentę, nr świadczenia………………………………………………..

 Emeryturę, nr świadczenia………………………………………………..

 Inne (jakie?)……………………………………………………

 Nie pobieram świadczeń

Proszę podać nazwę i adres organu wypłacającego świadczenie:

………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że:

 nie jestem zatrudniona/y w innym zakładzie pracy na umowę
o pracę/cywilnoprawną/inną umowę/ nie prowadzę działalności gospodarczej

 jestem zatrudniona/y w innym zakładzie pracy na umowę
o pracę/cywilnoprawną/inną umowę:

* Rodzaj umowy…………………………………………………………………….
* Okres umowy……………………………………………………………………...
* W ramach wskazanej wyżej umowy osiągam wynagrodzenie niższe/równe/wyższe od minimalnego wynagrodzenia (w 2020 roku 2600 zł)
* Prowadzę działalność gospodarczą, nr NIP …………………………………, o nazwie …………………………………………, z siedzibą …………………………………….

 W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym
w okresie od …………………….………. do………………………………

1. Oświadczam, że:

 jestem zgłoszona/y do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

 nie jestem zgłoszona/y do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

**Oświadczenie o ubezpieczeniu społecznym:**

Oświadczam, że:

 jestem zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy w ...................................
ul. ………………………………………………………. oraz pobieram / nie pobieram\* zasiłek/ku dla bezrobotnych i poinformowałam/em ww. Urząd Pracy o uczestnictwie w szkoleniu w wymaganym terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Zasiłek dla bezrobotnych pobieram od dnia ……………..…………. do dnia ………………………………..

 nie jestem zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy.

W przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym
i wypadkowym zgadzam się, aby Sudecki Instytut Rozwoju Regionalnego, realizujący projekt „AKTYWNE MAMY” nr RPDS.08.04.01-02-0030/19 dokonywał z tego tytułu płatności w moim imieniu.

Oświadczam, że zapoznałam/ łem się z *Regulaminem przyznawania i wypłacania stypendiów szkoleniowych w ramach projektu „AKTYWNE MAMY”* i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

O wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych w niniejszym oświadczeniu, zobowiązuję się poinformować pisemnie w ciągu 5 dni od zaistnienia zmiany.

Jestem świadoma/my odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oraz potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

…………………………………….

*data i podpis Uczestnika Projektu*

1. Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi. [↑](#footnote-ref-1)