|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY****w ramach projektu: „Klucz do zmian” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24** |
| Data wpływu |  | Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

*Projekt realizowany przez Fundację „STOP WYKLUCZENIU” w partnerstwie z S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus*

*Priorytet VIII Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych
i zdrowotnych na Mazowszu*

*Działanie 8.1 Aktywizacja społeczna i zawodowa programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027*

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  | Płeć | * Kobieta
 |
| * Mężczyzna
 |
| Data urodzenia |  | Wiek aktualny |  |
| PESEL |  | Miejsce urodzenia |  |
| Obywatelstwo: | * polskie,
* brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE,
* brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE.
 |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu: |  | Powiat |  |
| Województwo | Mazowieckie | Gmina |  |
| Adres e-mail |  | Telefon kontaktowy |  |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA**Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu) |
| **ISCED 0-**Brak |  ❑ | **ISCED 2** Gimnazjalne |  ❑ | **ISCED 4** Policealne |  ❑ |
| **ISCED 1** Podstawowe |  ❑ | **ISCED 3** Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) |  ❑ | **ISCED 5-8** Wyższe |  ❑ |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE****OŚWIADCZAM ŻE:** *( należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)* | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Jestem **osobą** **zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu co najmniej jednej przesłanki**zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027(właściwe zaznaczyć „X”):* bierną zawodowo;
* osobą lub rodziną korzystającym ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy. Zgodnie z Art. 7 ww. ustawy pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:
* ubóstwa,
* sieroctwa,
* bezdomności,
* bezrobocia,
* niepełnosprawności,
* długotrwałej lub ciężkiej choroby,
* przemocy domowej,
* potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
* potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
* bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
* trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach,
* trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
* alkoholizmu lub narkomanii,
* zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
* klęski żywiołowej lub ekologicznej.
* osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241); Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:
* bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
* uzależnionych od alkoholu,
* uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających,
* osób z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
* długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
* uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
* osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym
* osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
* osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700, z późn. zm.) oraz osobą nieletnią zagrożonym demoralizacją i przestępczością;
* osobą przebywającą i opuszczającą młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, z późn. zm.) oraz osobom opuszczającym okręgowe ośrodki wychowawcze, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
* osobą z niepełnosprawnościami;
* członkiem gospodarstw domowych sprawującym opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
* osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
* **osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;**
* osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością;
* osobą odbywającą karę pozbawienia wolności, objętą dozorem elektronicznym;
* **osobą korzystającą z programu FE PŻ (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027)**
* osobą należącą do społeczności marginalizowanej, takich jak Romowie;
* osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę;

*Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej np. OPS lub innej instytucji* | ❑ | ❑ |
| 2. | Jestem osobą, która na dzień składania formularza rekrutacyjnego ma **ukończone co najmniej 18 lat.** | ❑ | ❑ |
| 3. | Jestem osobą **pozostającą bez zatrudnienia** (jestem osoba bezrobotną lub bierną zawodowo)*Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Powiatowego Urzędu Pracy (PUP) lub potwierdzenie wygenerowania z Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS)* | ❑ | ❑ |
| 4. | Jestem osobą **zamieszkującą na terenie województwa Mazowieckiego** w rozumieniu KC obejmującego powiaty: PRZASNYSKI, MAKOWSKI, SIEDLECKI, RADOMSKI LUB MIASTA: SIEDLCE LUB RADOM.*Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie potwierdzające miejsce zamieszkania (ZUS/PUP, faktura, list, itp.)*  | ❑ | ❑ |
| 5. | **Oświadczam**, że zostałem/łam uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. | ❑ | ❑ |
| 6. | **Oświadczam,** że jestem osobą nieotrzymującą jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+ z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej. | ❑ | ❑ |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu) | **TAK** | **NIE** |
| 1. | **Osoby z grupy PIERWSZEŃSTWA: (+ 20 punktów)*** doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego,
* o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
* z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z chorobami psychicznymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,
* korzystające z programu FE PŻ,
* opuszczające placówki opieki instytucjonalne,
* wykluczone komunikacyjnie,
* osoby, które opuściły jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 m-cy.

*Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej np. OPS lub innej instytucji* | ❑ | ❑ |
| 2. | **Niepełnosprawność: (+2 punkty)**Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością*Jako załącznik przedkładam orzeczenie/zaświadczenie/inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej.* | ❑ | ❑ |
| 3. | **Jestem** osobą **bierną zawodowo: (+4 punkty)**w rozumieniu wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027**,** w tym (właściwe zaznaczyć):* osobą uczącą się,
* osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu,
* inne.

*Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowania z Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS).* | ❑ | ❑ |
| 4. | Jestem osobą **długotrwale bezrobotną: (+2 punkty)** osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.*W załączeniu przedstawiam zaświadczenie z PUP o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej (w przypadku osób zarejestrowanych w PUP) lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS – w przypadku osób nie zarejestrowanych w PUP) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS PUE.* | ❑ | ❑ |
| 5. | Jestem **Kobietą**: **(+2 punkty)***Jako potwierdzenie przedkładam**oświadczenie*  | ❑ | ❑ |
| 6. | Jestem osobą **do 29 roku życia:** **(+5 punktów)***Jako potwierdzenie przedkładam**oświadczenie*  | ❑ | ❑ |
| 7. | Jestem osobą zamieszkującą wg KC **na obszarze OSI (+5 punktów)** **tj: POWIAT PRZASNYSKI, MAKOWSKI, SIEDLECKI, RADOMSKI, MIASTO RADOM.** *Jako załącznik przedkładam dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na danym obszarze* | ❑ | ❑ |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | **Nie zgłaszam** specjalnych potrzeb lub **nie dotyczy** |
| **Rodzaj potrzeby** | **Proszę opisać potrzebę**  |  |
| Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową |  | ❑ |
| Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych |  |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego |  |
| Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością |  |
| Indywidualna potrzeba sposobu organizacji wsparcia (dla ON) |  |
| Dostosowanie czasu/ zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy: |  |
| Inne (jakie?) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA** **W SYSTEMIE: SM EFS** **(System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)** (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu) | **TAK** | **NIE** | **ODMAWIAM PODANIA DANYCH** |
| **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej** **(w tym społeczności marginalizowane).***Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska* | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Jestem osobą obcego pochodzenia**.*To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.* | ❑ | ❑ |  |
| **Jestem osobą państwa trzeciego.***Zalicza się tu osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.* | ❑ | ❑ |  |
| **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań**. | ❑ | ❑ |   |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnościami** *Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.* | ❑ | ❑ | ❑ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data, Miejscowość** | **Czytelny Podpis** |
|  |  |

**OŚWIADCZENIA:**

**Oświadczam że:**

zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie **„Klucz do zmian ” FEMA.08.01-IP.01-03R3/24,**

podane wyżej dane są poprawne,

zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go
i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian,

posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,

na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej EFS+ z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie **„Klucz do zmian”** nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE,

przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie uczestnictwa
i rekrutacji do projektu.

przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz w oświadczeniach do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe
i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu **„Klucz do zmian”**

jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą,

zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027,

zostałem/-am poinformowany/a, że **FUNDACJA „STOP WYKLUCZENIU”** wraz z **S.T.R. PROJEKCT Stanisław Romaniszyn** są administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz oświadczeniach. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **FUNDACJA „STOP WYKLUCZENIU”** wraz z **S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SM EFS, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027)

dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania,

zostałem/-am poinformowany/a, **FUNDACJA „STOP WYKLUCZENIU ”** wraz z S.T.R. Stanisłąw Romaniszynzapewniają standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

**wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez firmę **FUNDACJA „STOP WYKLUCZENIU”** wraz z **S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn.** Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Mazowieckiej Jednostki Wrażania Programów Unijnych,

mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne
z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,

w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będą wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu,

mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania/przebywania,

**zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data, Miejscowość** | **Czytelny Podpis** |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu kryteriów obligatoryjnych grupy docelowej oraz kryteriów premiujących w ramach projektu:
„Klucz do zmian” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia[[1]](#footnote-1)** |  |

Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria grupy docelowej oraz kryteria preferencji, które zostały zaznaczone przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym.

……………………………………………..…………………

 Data i czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE
„Klucz do zmian” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia1** |  |

Zaznacz właściwy kafelek:

Oświadczam że:

* jestem kobietą
* jestem osobą z niepełnosprawnością
* jestem osobą w wieku 18 -29 lat
* jestem osobą bierną zawodowo
* jestem osobą długotrwale bezrobotną
* jestem osobą zamieszkująca obszar OSI **tj: POWIAT PRZASNYSKI, MAKOWSKI, SIEDLECKI, RADOMSKI, MIASTO RADOM.**

 ……………………………………………..…………………

 Data i czytelny podpis

 Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

**OŚWIADCZENIE
„Klucz do zmian” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia1** |  |

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż po zakończonym udziale w projekcie projekt „Klucz do zmian” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24 będę aktywnie szukał/a pracy we wszystkich możliwych instytucjach (np. urzędy pracy, agencje zatrudnienia) i dostarczę zaświadczenie o zarejestrowaniu do biura Projektu nie później niż do 4 tygodni od zakończenia ostatniej formy wsparcia.

……………………………………………………..

Czytelny podpis

 *Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.*

**OŚWIADCZENIE
„Klucz do zmian” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia1** |  |

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem **osobą bez zatrudnienia**

……………………………………………………..

 Czytelny podpis

 *Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.*

**OŚWIADCZENIE
„Klucz do zmian” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia1** |  |

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą **nieposzukująca pracy**

……………………………………………………..

 Czytelny podpis

 *Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.*

**OŚWIADCZENIE
„Klucz do zmian” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia1** |  |

|  |
| --- |
| **Nieprzerwany okres pozostawania bez pracy** |
| **Przed rejestracją w Urzędzie Pracy** | **W rejestrach Urzędu Pracy** |
| Od ……………………… do ……………………. | Od ……………………… do ……………………. |

Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną, czyli osobą pozostającą w rejestrze PUP przez okres ponad 12m-cy w okresie 2 lat z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.

Jestem pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 w związku z art. 233 §6 Kodeksu

karnego za złożenie danych niezgodnych z prawdą. Art. 233 §1 k.k. : „Kto składając zeznania mające służyć

za dowód w postępowaniu sądowym, lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje

nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat. 8”.

Przepis ten stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenia ( art. 233 §6 k.k.)

……………………………………………………..

 Czytelny podpis

 *Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.*

**OŚWIADCZENIE
„Klucz do zmian ” nr FEMA.08.01-IP.01-03R3/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia1** |  |

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą gotową do **podjęcia pracy
i aktywnie poszukującą pracy**

……………………………………………………..

 Czytelny podpis

 *Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.*

1. *Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.* [↑](#footnote-ref-1)