



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Formularz należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami, a w miejscach z kwadracikami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Tytuł projektu</b>  | <b>Programy outplacementowe - ZIT LOF</b>  |  |  |
| <b>Nr projektu</b>   | RPLU.10.04.00-06-0027/18   |  |  |
| <b>Program:</b>  | Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014 - 2020  |  |  |
| <b>Oś priorytetowa:</b>  | 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian  |  |  |
| <b>Działanie:</b>  | 10.4 Programy typu outplacement w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego |  |  |
| <b>Beneficjent</b>   | <b>ŁĘTOWSKI CONSULTING Szkolenia, Doradztwo, Rozwój Mateusz Łętowski</b>   |  |  |
| <b>Dane osobowe</b>  | 1.   | Imię (imiona)  |  |
|  | 2.   | Nazwisko   |  |
|  | 3.   | Data i miejsce urodzenia   |  |
|  | 4.   | PESEL <sup>1</sup>   | _____  |
|  | 5.   | Wykształcenie  | <input type="checkbox"/> Brak (ISCED 0) (brak formalnego wykształcenia)                                |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)   |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) |
| <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne - liceum, technikum, szkoła zawodowa (ISCED 3)   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) |  |  |  |
| 5.   | Wykształcenie  | <input type="checkbox"/> Wyższe krótkiego cyklu (ISCED 5) (kształcenie ukończone na poziomie studiów Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych) |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie (ISCED 6) (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)  |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie (ISCED 7) (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)  |  |
| 6.   | Płeć   | <input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA  |  |

<sup>1</sup> W przypadku braku numeru PESEL możliwe jest wpisanie daty urodzenia



|   |     |  |  |
|---|-----|--|--|
| <b>Dane kontaktowe<br/>(adres zamieszkania)</b> | 7.  | Ulica  |  |
|   | 8.  | Nr domu i lokalu                                     |  |
|   | 9.  | Kod pocztowy   |  |
|   | 10. | Miejscowość  |  |
|   | 11. | Powiat   |  |
|   | 12. | Województwo  |  |
|   | 13. | <b><u>Nr telefonu kontaktowego (obowiązkowo)</u></b> |  |
|   | 14. | Adres e-mail   |  |
|   | 15. | Adres korespondencyjny, jeśli inny niż powyżej       |  |

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA / KANDYDATKI:**

Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na terenie Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego<sup>2</sup>.

Podpis: .....

|                              |     |   |   |
|------------------------------|-----|---|---|
| <b>Status na rynku pracy</b> | 16. | <p><b>Jestem osobą NIEPRACUJĄCĄ</b></p> <p><i>UWAGA! NALEŻY WYBRAĆ TYLKO JEDNĄ Z ODPOWIEDZI W KOLUMNIE OBOK</i></p> | <input type="checkbox"/> <b>TAK, jestem OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO</b> , tj. pozostaję bez pracy i jednocześnie nie poszukuję pracy i/lub przebywam na urlopie wychowawczym <sup>3</sup> ( <b><u>należy załączyć zaświadczenie z ZUS</u></b> ), w tym jestem: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osobą uczącą się; planowana data zakończenia edukacji w placówce, w której otrzymano wsparcie: .....</li> <li><input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu <b>lub</b> szkoleniu</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>TAK, jestem OSOBĄ BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ</b> w Urzędzie Pracy ( <b><u>należy załączyć zaświadczenie z ZUS</u></b> )<br><input type="checkbox"/> <b>TAK, jestem OSOBĄ BEZROBOTNĄ ZAREJESTROWANĄ</b> w Urzędzie Pracy ( <b><u>należy załączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy</u></b> ) |
|                              | 17. | <p><b>Jestem osobą PRACUJĄCĄ</b></p> <p><i>UWAGA! NALEŻY WYBRAĆ TYLKO JEDNĄ Z ODPOWIEDZI W KOLUMNIE OBOK</i></p>    | <input type="checkbox"/> <b>TAK, jestem PRACOWNIKIEM PRZEWIDZIANYM DO ZWOLNIENIA z pracy z przyczyn niedotyczących pracownika</b> – znajduję się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub zostałem/am poinformowany/a przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy i jednocześnie nie jestem osobą   |

<sup>2</sup> Głusk (gmina wiejska), Jabłonna (gmina wiejska), Jastków (gmina wiejska), Konopnica (gmina wiejska), Lubartów (gmina miejska), Lubartów (gmina wiejska), Lublin (gmina miejska), Mełgiew (gmina wiejska), Nałęczów (obszar wiejski w gminie miejsko-wiejska), Niedrzwica Duża (gmina wiejska), Niemce (gmina wiejska), Piaski (obszar wiejski w gminie miejsko-wiejskiej), Spiczyn (gmina wiejska), Strzyżewice (gmina wiejska), Świdnik (gmina miejska), Wólka (gmina wiejska)

<sup>3</sup> rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowaną opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>samozatrudnioną. (<u>należy załączyć zaświadczenie od pracodawcy zgodnie z wzorem – zał.2 lub oświadczenie kandydata zgodnie z wzorem – zał.2a</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>TAK, jestem pracownikiem ZAGROŻONYM ZWOLNIENIEM z pracy z przyczyn niedotyczących pracownika</b> – jestem zatrudniony/a u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie przeze mnie do projektu dokonał rozwiązania ze mną stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników. Nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy i jednocześnie nie jestem osobą samozatrudnioną. (<u>należy załączyć zaświadczenie od pracodawcy zgodnie z wzorem – zał.2 lub oświadczenie kandydata zgodnie z wzorem – zał.2a</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>TAK, jestem osobą ZWOLNIONĄ z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu</b> – pozostaję bez zatrudnienia i utraciłem/am pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy i jednocześnie nie jestem osobą samozatrudnioną. (<u>należy załączyć zaświadczenie od pracodawcy zgodnie z wzorem – zał.2 lub oświadczenie kandydata zgodnie z wzorem – zał.2a</u>)</p> <p>Data ustania zatrudnienia: .....</p> |
|--|--|--|---|

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
2. Zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym udziału w projekcie oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do projektu „Programy outplacementowe - ZIT LOF” nr RPLU.10.04.00-06-0027/18 oraz potwierdzam otrzymanie dokumentu informacyjnego, 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).
4. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia, niekorzystnej sytuacji społecznej.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu



| <b>WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIOWYM</b>   |                          |
|---|--------------------------|
| Oświadczenie kandydata na uczestnika projektu - <i>zał. 1 do Formularza zgłoszeniowego</i>  | <input type="checkbox"/> |
| Zaświadczenie pracodawcy - <i>zał. 2 do Formularza zgłoszeniowego</i>   | <input type="checkbox"/> |
| Oświadczenie Kandydata o statusie na rynku pracy w przypadku braku zał. 2- <i>zał. 3 do Formularza zgłoszeniowego</i>   | <input type="checkbox"/> |
| Świadectwo pracy potwierdzające utratę zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy  | <input type="checkbox"/> |
| Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające rejestrację jako osoba bezrobotna   | <input type="checkbox"/> |
| Zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w Urzędzie Pracy / osoby biernej zawodowo  | <input type="checkbox"/> |
| Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego) | <input type="checkbox"/> |

| <b>WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU:</b>   |  |                            |                              |
|---|--|----------------------------|------------------------------|
| <b>DATA WPŁYWU</b>  |  | <b>SPOSÓB DOSTARCZENIA</b> | mailowo / pocztą / osobiście |
| <b>OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE (IMIĘ I NAZWISKO)</b>   |  |                            |                              |
| <b>Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie :</b> Kandydat spełnia/nie spełnia <sup>4</sup> wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie |  |                            |                              |
| <b>OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI</b>  |  |                            |                              |
| <b>PODPIS OSOBY WERYFIKUJĄCEJ FORMULARZ REKRUTACYNY</b>   |  |                            |                              |

<sup>4</sup> Nieprzebrane skreślić

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU  
„Programy outplacementowe - ZIT LOF” nr RPLU.10.04.00-06-0027/18**

Ja niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a.....

(adres zamieszkania)

**pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:**

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „**Programy outplacementowe - ZIT LOF**” nr **RPLU.10.04.00-06-0027/18**, realizowanym na terenie Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego i współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Numer i nazwa Osi priorytetowej: 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian; Numer i nazwa Działania: 10.4 Programy typu outplacement w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego.
2. Zapoznałem/łam się z *Regulaminem Uczestnictwa w projekcie* i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/-a do udziału w ww. projekcie. Akceptuję warunki regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status).
3. **Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie** tzn. jestem osobą pełnoletnią zamieszkującą na terenie Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego, przynależącą do jednej z niżej wymienionych grup:
  - **pracownik przewidziany do zwolnienia z pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika,**
  - **pracownik zagrożony zwolnieniem z pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika,**
  - **osoba zwolniona z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu),**
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i/lub ewaluacyjnych oraz innych badaniach dotyczących realizowanego Projektu na początku, w trakcie i po zakończeniu jego realizacji.
5. **Zamierzam skorzystać ze wszystkich proponowanych mi form wsparcia w ramach projektu, tj.: indywidualnego doradztwa zawodowego, indywidualnego pośrednictwa pracy, szkolenia zawodowego – zgodnie ze ścieżką wsparcia zaplanowaną w Indywidualnym Planie Działania. Jak również w ramach swoich możliwości do podjęcia ( w przypadku osób bez zatrudnienia) lub kontynuowania zatrudnienia w okresie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie).**
6. Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
7. Zobowiązuję się do wypełniania dokumentów związanych z Projektem – złożę komplet wymaganych oświadczeń, deklaracji oraz podpiszę umowę uczestnictwa w projekcie, a w przypadku wystąpienia wątpliwości przedstawię inne informacje, o ile będą niezbędne do wyjaśnienia wątpliwości.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu



Załącznik nr 2 do formularza zgłoszeniowego

**ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY**  
**„Programy outplacementowe - ZIT LOF” nr RPLU.10.04.00-06-0027/18**

*Zaświadczenie należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami,  
a w miejscach z kwadracikami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole*

| DANE PRACODAWCY <sup>5</sup> :                                       |  |
|--|--|
| Pełna nazwa zakładu pracy  |  |
| Dokładny adres zakładu pracy   |  |
| NIP  |  |
| REGON  |  |
| NINIEJSZYM ZAŚWIADCZA SIĘ, ŻE PAN / PANI:                            |  |
| Imię i nazwisko  |  |
| Data i miejsce urodzenia   |  |
| Dokładny adres zamieszkania  |  |
| Jest /był/była zatrudniony/a u wskazanego w zaświadczeniu pracodawcy |  |
| na stanowisku  |  |
| na podstawie<br><i>(zaznaczyć właściwe)</i>                          | <input type="checkbox"/> stosunku pracy (umowa o pracę)<br><input type="checkbox"/> stosunku służbowego<br><input type="checkbox"/> umowy cywilnoprawnej <i>(podać rodzaj umowy) .....</i> |
| zawartej na czas<br><i>(zaznaczyć właściwe)</i>                      | <input type="checkbox"/> nieokreślony<br><input type="checkbox"/> określony do dnia .....  |

<sup>5</sup> Pracodawca, w sytuacji kiedy do projektu zgłasza się pracownik z własnej inicjatywy jest zobowiązany przekazać dane umożliwiające weryfikację następujących pytań :

- 1) czy szkolenie odbywa się poza miejscem zatrudnienia Uczestników Projektu(poza zakładem pracy UP)?
- 2) czy nabór na szkolenie jest otwarty dla wszystkich zainteresowanych- niezależnie od miejsca zatrudnienia?
- 3) czy pracownicy zatrudnieni w jednym miejscu pracy(u jednego przedsiębiorcy)stanowią mniej niż 20% Uczestników szkolenia realizowanego w ramach danego projektu?

W przypadku negatywnej odpowiedzi na co najmniej 1 pytanie Beneficjent jest zobowiązany naliczyć wartość szkolenia, która będzie stanowić pomoc de minimis dla Przedsiębiorcy.



|  |  |
|--|--|
| <b>pracownik</b><br>(zaznaczyć właściwe) | <input type="checkbox"/> został zwolniony z przyczyn nie dotyczących pracownika lub zakończył zatrudnienie z dniem upływu ww. umowy o pracę na czas określony / umowy cywilnoprawnej, przy czym brak możliwości przedłużenia umowy wynikał z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy <sup>6</sup><br><p style="text-align: center;"><b>data ustania zatrudnienia:</b> .....</p> <input type="checkbox"/> jest przewidziany do zwolnienia z pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika <sup>7</sup><br><input type="checkbox"/> jest zagrożony zwolnieniem z pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika <sup>8</sup> |
|--|--|

Zaświadczenie wydane jest na potrzeby procesu rekrutacji do projektu „Programy outplacementowe - ZIT LOF” nr RPLU.10.04.00-06-0027/18 realizowany przez Organizatora Projektu przy wsparciu finansowym Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 z Działania 10.4 Programy typu outplacement w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego.

**Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

**Oświadczam, iż podane przeze mnie dane są prawdziwe i aktualne**

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Pieczętka i podpis osoby upoważnionej do reprezentanta pracodawcy lub w przypadku braku pieczętki czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentanta pracodawcy*

<sup>6</sup> Objęcie wsparciem w ramach projektu osób, którym wygasa umowa o pracę na czas określony możliwe jest tylko w wyjątkowych przypadkach związanych z trudną sytuacją przedsiębiorstwa tj. gdy brak możliwości przedłużenia umowy o pracę wynika z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy.

Dotyczy to w szczególności pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz.U. z 2015 r. poz. 192, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. Zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

<sup>7</sup> Pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

<sup>8</sup> Dotyczy pracownika zatrudnionego u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Pracownik ten nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.



Załącznik nr 3 do formularza zgłoszeniowego

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU  
„Programy outplacementowe - ZIT LOF” nr RPLU.10.04.00-06-0027/18  
(W PRZYPADKU BRAKU ZAŚWIADCZENIA PRACODAWCY)<sup>9</sup>**

*Oświadczenie należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami,  
a w miejscach z kwadracikami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole*

| DANE PRACODAWCY <sup>10</sup> :  |   |
|--|---|
| Pełna nazwa zakładu pracy  |   |
| Dokładny adres zakładu pracy   |   |
| NIP  |   |
| REGON  |   |
| JA NIŻEJ PODPISANY/A:  |   |
| Imię i nazwisko  |   |
| Data i miejsce urodzenia   |   |
| Dokładny adres zamieszkania  |   |
| Oświadczam, że jestem /byłem/byłam zatrudniony/a w ww. zakładzie pracy |   |
| na stanowisku  |   |
| na podstawie<br>(zaznaczyć właściwe)                                   | <input type="checkbox"/> stosunku pracy (umowa o pracę)<br><input type="checkbox"/> stosunku służbowego<br><input type="checkbox"/> umowy cywilnoprawnej (podać rodzaj umowy) ..... |
| zawartej na czas<br>(zaznaczyć właściwe)                               | <input type="checkbox"/> nieokreślony<br><input type="checkbox"/> określony do dnia .....   |

<sup>9</sup> Oświadczenie wypełnia się jedynie w przypadku likwidacji zakładu pracy oraz innych uzasadnionych przypadkach braku możliwości uzyskania zaświadczenia od pracodawcy

<sup>10</sup> Uczestnik składając oświadczenie zobowiązany jest przekazać informacje oraz poinformować pracodawcę o sytuacji analizy pytań : Pracodawca , w sytuacji kiedy do projektu zgłasza się pracownik z własnej inicjatywy jest zobowiązany przekazać dane umożliwiające weryfikację następujących pytań :

- 1) czy szkolenie odbywa się poza miejscem zatrudnienia Uczestników Projektu (poza zakładem pracy UP)?
- 2) czy nabór na szkolenie jest otwarty dla wszystkich zainteresowanych - niezależnie od miejsca zatrudnienia?
- 3) czy pracownicy zatrudnieni w jednym miejscu pracy( u jednego przedsiębiorcy)stanowią mniej niż 20% Uczestników szkolenia realizowanego w ramach danego projektu?

W przypadku negatywnej odpowiedzi na co najmniej 1 pytanie Beneficjent jest zobowiązany naliczyć wartość szkolenia, która będzie stanowić pomoc de minimis dla Przedsiębiorcy.





|  |   |
|--|---|
| <b>jestem pracownikiem, który</b><br><i>(zaznaczyć właściwe)</i> | <input type="checkbox"/> został zwolniony z przyczyn nie dotyczących pracownika lub zakończył zatrudnienie z dniem upływu ww. umowy o pracę na czas określony / umowy cywilnoprawnej, przy czym brak możliwości przedłużenia umowy wynikał z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy <sup>11</sup><br><p style="text-align: center;"><b>data ustania zatrudnienia: .....</b></p> <input type="checkbox"/> jest przewidziany do zwolnienia z pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika <sup>12</sup><br><input type="checkbox"/> jest zagrożony zwolnieniem z pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika <sup>13</sup> |
|--|---|

**Niniejsze oświadczenie składam z uwagi na brak możliwości uzyskania zaświadczenia od ww. pracodawcy (wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do formularza zgłoszeniowego), u którego jestem /byłem/byłam zatrudniony/a.**

**Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

**Oświadczam, iż podane przeze mnie dane są prawdziwe i aktualne**

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu*

<sup>11</sup> Objęcie wsparciem w ramach projektu osób, którym wygasła umowa o pracę na czas określony możliwe jest tylko w wyjątkowych przypadkach związanych z trudną sytuacją przedsiębiorstwa tj. gdy brak możliwości przedłużenia umowy o pracę wynika z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy.

Dotyczy to w szczególności pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz.U. z 2015 r. poz. 192, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

<sup>12</sup> Pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

<sup>13</sup> Dotyczy pracownika zatrudnionego u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Pracownik ten nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.