Zał. nr 2 do Regulaminu przyznawania i wypłacania stypendiów szkoleniowych i stażowych

**Oświadczenie osoby pobierającej stypendium szkoleniowego/ stażowego**

**ramach Projektu „ Przez Aktywność do Zmiany” współfinansowanego ze środków EFS w ramach RPO WL na lata 2014 – 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Numer PESEL** |  |
| **Adres zameldowania** |  |
| **Adres Zamieszkania** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Urząd skarbowy** |  |
| **Nr konta bankowego** |  |

**Niniejszym oświadczam, że :**

1.**Jestem/ Nie jestem \*** zatrudniony na podstawie umowy o pracę

2.**Jestem/ Nie jestem \*** zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej

3.**Posiadam/ Nie posiadam \*** orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym

4.**Posiadam/ Nie posiadam \* p**rawa do renty,do dnia…………...nr świadczenia

5.**Jestem/ Nie jestem \*** studentem/uczniem szkoły ponadgimnazjalnej i nie ukończyłem 26 lat

6.**Jestem/ Nie jestem \*** osoba bezrobotną zarejestrowaną w PUP i otrzymuję / nie otrzymuję \* zasiłek dla bezrobotnych

7.**Posiadam/ Nie posiadam\*** inny tytuł ubezpieczeń społecznych, podać jaki……………….. ………

Zgadzam się , że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach realizujący Projekt „ Przez Aktywność do Zmiany ” będzie dokonywał z tego tytułu płatności w moim imieniu.

O wszelkich zmianach dotyczących powyższego oświadczenia powiadomię Realizatora Projektu w terminie 7 dni od momentu zaistnienia tych zmian

\* właściwe podkreślić

…...……………………………………...

data podpis Uczestnika Projektu