



Załącznik nr 17

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

**Kwestionariusz osobowy uczestnika stażu/szkolenia zawodowego
Aktywizacja Dolnośląskiego Rynku Pracy – IV edycja”
nr projektu: FEDS.07.04-IP.02-0004/23**

Nazwisko

[illegible]

Imiona

--	--

Nazwisko rodowe

[illegible]

Imiona rodziców

--	--

Dowód osobisty (seria i numer dokumentu)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Identyfikator podatkowy: PESEL/NIP*

Numer ewidencyjny PESEL[illegible]

Numer identyfikacji podatkowej NIP

[illegible]

Nazwa banku/ oddziału

[illegible]

Numer konta bankowego na który proszę przekazać wynagrodzenie za wykonaną pracę:

[illegible]

Urząd Skarbowy:

Adres Urzędu Skarbowego:

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

Kod pocztowy

--	--	--	--

Poczta

[illegible]**Miejscowość**[illegible]

Ulica

[illegible]



Numer domu

--	--	--	--	--

Numer mieszkania

--	--	--	--	--

Gmina

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kierunkowy - domowy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu komórkowego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania (wypełnić, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania):

Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--

Pocztą

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejscowość

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ulica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer domu

--	--	--	--	--

Numer mieszkania

--	--	--	--	--

Gmina

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania/zamieszkania):

Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--

Pocztą

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejscowość

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ulica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer domu

--	--	--	--	--

Numer mieszkania

--	--	--	--	--

Gmina

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Przynależność do Oddziału Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, że:

1. Jestem zatrudniony/a* /nie jestem zatrudniony/a* na podstawie umowy o pracę w wymiarze czasu pracy w:



.....
(nazwa i adres ZAKŁADU PRACY)

i otrzymuję*/nie otrzymuję* wynagrodzenie z tego tytułu powyżej wynagrodzenia minimalnego.

2. Jestem uprawniony do emerytury* renty* ustalonej decyzją oddziału ZUS z dnia

Znak:

.....

3. Jestem studentem w wieku do ukończenia 26 roku życia (nazwa i adres uczelni, nr legitymacji studenckiej)

.....

i wnoszę/nie wnoszę* o objęcie ubezpieczeniem społecznym od dnia.....

4. Jestem/nie jestem* zarejestrowany jako osoba bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy w

5. Pobieram/nie pobieram* zasiłek dla bezrobotnych.

6. W razie utraty prawa do zasiłku poinformuje Beneficjenta/Partnera drogą mailową na adresw ciągu max. 3 dni od momentu zaistnienia tego faktu.

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem/am zgodnie z prawdą i że świadomy/a jestem odpowiedzialności karnej z art.247 par.1 kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

* Niepotrzebne skreślić