



Załącznik nr 7 do Regulaminu projektu
„Z nami zbudujesz swoją przyszłość - aktywizacja zawodowa 30+ IV”

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA DO OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM, SPOŁECZNYM ORAZ POBIERANIA STYPENDIUM

DANE IDENTYFIKACYJNE:

Nazwisko..... Imiona

PESEL/Paszport..... Obywatelstwo.....

Data urodzenia Numer telefonu

Gmina/dzielnica..... Powiat Województwo.....

Kod..... Poczta Miejscowość.....

Ulica Nr domu..... Nr mieszkania.....

Urząd Skarbowy..... Narodowy Fundusz Zdrowia

Stopień niepełnosprawności

Numer rachunku bankowego

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

Niniejszym oświadczam, że:

- Nie posiadam innego tytułu do ubezpieczeń społecznych
- Upoważniam Organizatora szkolenia do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego
- Jestem/ nie jestem* zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy w terminie
- Poinformowałem/am Urząd Pracy o uczestnictwie w szkoleniu/stażu w terminie 7 dni
- Wyrażam zgodę na przekazywanie stypendium na podany powyżej numer rachunku bankowego.
- Zobowiązuję się także do każdorazowego niezwłocznego powiadomienia o zmianie numeru konta bankowego i innych danych niezbędnych do dokonania przelewu.
- Zobowiązuję się pisemnie powiadomić w terminie 2 dni o wszystkich zmianach dotyczących okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Miejscowość i Data..... Czytelny podpis.....

* Niewłaściwe skreślić