



PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS  
W RAMACH PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA DOLNEGO ŚLĄSKA 2021-2027

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU  
PN. „AKTYWIZACJA OSÓB BEZROBOTNYCH W POWIECIE ZŁOTORYJSKIM II”**

<b>Dane uczestnika</b>	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	5	PESEL	
	6	Wykształcenie	
<b>Dane kontaktowe adres kontaktowy (korespondencyjny)</b>	7	Ulica	
	8	Nr domu	
	9	Nr lokalu	
	10	Miejscowość	
	11	Kod pocztowy	
	12	Województwo	
	13	Powiat	
	14	Telefon stacjonarny	
	15	Telefon komórkowy	
	16	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

Pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż.:

1. Jestem osobą długotrwale bezrobotną (tj. pozostaję w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych) **TAK / NIE\***
2. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań **TAK / NIE\***
3. Jestem osobą z krajów trzecich (tj. jestem obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej lub jestem osobą bez ustalonego obywatelstwa) **TAK / NIE\***

4. Jestem osobą obcego pochodzenia (tj. nie posiadam polskiego obywatelstwa)

**TAK / NIE\***

5. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowych lub etnicznych, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie

**TAK / NIE / Odmawiam udzielenia informacji\***

6. Jestem osobą z niepełnosprawnościami

**TAK / NIE / Odmawiam udzielenia informacji\***

7. Oświadczenie dotyczące potrzeb/ usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami:

– Jakie problemy / bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie? .....

.....  
.....  
.....  
.....

– Jakie są Pani/Pana specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Pani/Panu udział w niniejszym projekcie?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Oświadczenie w sprawie potrzeb / usprawnień dla uczestników projektu:

- Jakie ma Pani/Pan inne specjalne potrzeby nie wynikające bezpośrednio z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Pani/Panu udział w niniejszym projekcie? .....

.....  
.....  
.....  
.....

Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.

**W przypadku podjęcia zatrudnienia lub samozatrudnienia w okresie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie zobowiązują się dostarczyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Złotorzy kopię umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, umowy o dzieło lub zaświadczenie potwierdzające rejestrację działalności gospodarczej.**

.....  
Data

.....  
Podpis osoby bezrobotnej

\* niepotrzebne skreślić

---

**Weryfikacja kryteriów kwalifikowalności:**

- Osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna
- Kobieta
- Osoba w wieku 50 lat i więcej
- Osoba w wieku 18-29
- Osoba z kategorii NEET
- Osoba długotrwale bezrobotna
- Osoba bezrobotna o niskich kwalifikacjach (posiadająca wykształcenie podstawowe / gimnazjalne / zasadnicze zawodowe / średnie ogólnokształcące / średnie zawodowe)
- Osoba z niepełnosprawnościami

Potwierdzam kwalifikowalność w/w osoby do udziału w projekcie pn. „Aktywizacja osób bezrobotnych w powiecie złotoryjskim II” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.

Złotorzyja, dn. ....

.....  
Podpis pracownika dokonującego weryfikacji