WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO W PROJEKCIE „ZMIANA KWALIFIKACJI NOWYM ŻYCIOWYM CELEM 2” W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO NA LATA 2014-2020 NR UMOWY WND-RPSL.07.01.03-24-0AAH/20 Oś PRIORYTETOWA VII DZIAŁANIE 7.1. AKTYWNE FORMY PRZECIWDZIAŁANIA BEZROBOCIU PODDZIAŁANIE 7.1.3 POPRAWA ZDOLNOŚCI DO ZATRUDNIENIA OSÓB POSZUKUJĄCYCH PACY I POZOSTAJĄCYCH BEZ ZATRUDNIENIA .

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O STYPENDIUM** |
| IMIĘ I NAZWISKO: |
| PESEL: |
| ADRES ZAMIESZKANIA: |

Proszę o przyznanie stypendium za uczestnictwo w kursie/ szkoleniu które odbywa się

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Za okres: od ……………………………………………... do ……………………………………………………………(uwaga: wniosek należy złożyć w  **terminie do 3-go dnia następnego miesiąca po każdym miesiącu szkolenia.**

Wymiar godzin kursu we wnioskowanym okresie……………………………………..

Proszę o przelew stypendium na moje konto bankowe. Nr rachunku bankowego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Prowadzonego w banku

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| JESTEM ZAREJESTROWANY WPOWIATOWYM URZĘDZIE PRACY |  |  |
| POBIERAM ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH |  |  |
| JESTEM EMERYTEM/RENCISTĄ |  |  |
| POBIERAM ŚWIADCZENIE ZWIĄZANE Z NIEPEŁNOSPORAWNOŚCIĄ |  |  |
| JESTEM ZATRUDNIONY I PRZEBYWAM NA URLOPIE WYCHOWAWCZYM LUB BEZPŁATNYM |  |  |
| JESTEM ZATRUDNIONY NA UMOWĘ O PRACĘ/ CYWILNOPRAWNĄ/INNĄ |  |  |
| JESTEM ZGŁOSZONY DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W KRUS (KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO) |  |  |
| PROWADZĘ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ |  |  |
|  |  |  |

1. **Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji.**
2. **O wszystkich zmianach dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, zobowiązuję się pisemnie powiadomić Organizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.**
3. **Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.**
4. **Oświadczam, że znana jest mi treść Regulaminu przyznawania i wypłacania stypendiów szkoleniowych w ramach niniejszego projektu.**

**………………………………………………………….. …………………………………………………………..**

**Data, miejscowość Czytelny podpis**