

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) wypełnia realizator projektu	Data zakończenia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) wypełnia realizator projektu

	Lp.	NAZWA PROJEKTU: „Kapitał kwalifikacji”		
		Program operacyjny: RPO WŁ 2014 – 2020 Numer i nazwa Osi priorytetowej: 10. Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian. Numer i nazwa Działania: 10.2.2 Programy typu outplacement		
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Kobieta	<input type="checkbox"/>
			Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu		
	5	PESEL		
		Wykonywany zawód		
		Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) ¹		
6.	Wykształcenie (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Podstawowe Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej	<input type="checkbox"/>	
		Gimnazjalne Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej	<input type="checkbox"/>	
		Ponadgimnazjalne Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)	<input type="checkbox"/>	
		Policealne Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym	<input type="checkbox"/>	
		Wyższe kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich	<input type="checkbox"/>	

¹ Jeśli dotyczy



Dane kontaktowe (adres zamieszkania)	7	Ulica		
	8	Nr domu		
	9	Nr lokalu		
	10	Miejscowość		
	11	Obszar proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi	01 - Duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 i dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>	
			02 - Małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>	
			03 - Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>	
	12	Kod pocztowy		
	13	Województwo		
	14	Powiat		
	15	Telefon stacjonarny		
	16	Telefon komórkowy		
17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)			
<p>Oświadczenie: Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na terenie na terenie województwa łódzkiego, w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego</p> <p style="text-align: right;">..... data i podpis</p>				
Dane dotyczące statusu na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi	18	<p>Osoba zwolniona</p> <p>Osoba zwolniona z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu.</p>	<p>Zarejestrowana w Urzędzie Pracy</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Niezarejestrowana w Urzędzie Pracy</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
		<p>Pracownik przewidziany do zwolnienia</p> <p>Pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.</p>	<input type="checkbox"/>	



	<p>Pracownik zagrożony zwolnieniem</p> <p>Pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.</p>	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------

Oświadczenie:

Oświadczam, że jestem:

.....
(proszę wpisać status na rynku pracy jak wyżej).

.....
data i podpis

Dane dotyczące stopnia niepełnosprawności	19	Stan posiadania aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (dane wrażliwe) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
--	----	--	--

Oświadczenie:

Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną

.....
(proszę wpisać stopień).

.....
data i podpis

<p>Status uczestnika/-czki projektu w chwili przystąpienia do projektu proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi</p>	20	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak
			<input type="checkbox"/> nie
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak
			<input type="checkbox"/> nie
		Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie	
		w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak
			<input type="checkbox"/> nie
		Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak
			<input type="checkbox"/> nie
	21	Osoba znajdująca się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np. jest zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiada wykształcenie poniżej podstawowego, była więźniem itp. (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak
			<input type="checkbox"/> nie
Deklaruję problem z powrotem na rynek pracy.		<input type="checkbox"/> tak	
		<input type="checkbox"/> nie	
Deklaruję potrzebę pomocy w wyznaczeniu ścieżki zawodowej i udzielenia wsparcia psychologicznego w zakresie przezwyciężenia barier psychologiczno-mentalnych utrudniających podejmowanie samodzielnych działań na rzecz poprawy własnej sytuacji zawodowej.		<input type="checkbox"/> tak	
		<input type="checkbox"/> nie	
Deklaruję potrzebę udziału w szkoleniach kończących się zdobyciem "twardych" kwalifikacji, na które jest zapotrzebowanie na łódzkim rynku pracy.	<input type="checkbox"/> tak		
	<input type="checkbox"/> nie		
Deklaruję potrzebę zdobycia doświadczenia zawodowego (staż) adekwatnego do poszukiwanych kwalifikacji.	<input type="checkbox"/> tak		
	<input type="checkbox"/> nie		
Deklaruję potrzeba pomocy w znalezieniu zatrudnienia (pośrednictwo pracy).	<input type="checkbox"/> tak		
	<input type="checkbox"/> nie		

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie pt. „Kapitał kwalifikacji”
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Kapitał kwalifikacji” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projekcie i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie tj. poradnictwie zawodowym, psychologicznym, szkoleniach zawodowych kierowców, stażach zawodowych oraz pośrednictwie pracy.
7. Zobowiązuje się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie tj. statusu na rynku pracy i potwierdzenia uzyskania kwalifikacji. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzieło do 4 tygodniu od ukończenia udziału w projekcie - w przypadku podjęcia pracy, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej –dokument potwierdzający fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres min. 3 mies. po zakończeniu udziału w projekcie: dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społ. lub zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Miasta/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
9. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Instytut Rozwoju i Innowacji Euro-Konsult sp. z o. o. ul. Narutowicza 57/8, 20-016 Lublin, na potrzeby rekrutacji.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe:

Imię	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia ²	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) - <i>wypełnia beneficjent projektu</i>	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej beneficjenta projektu)

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie³:

<input type="checkbox"/>	Osoba zwolniona Osoba zwolniona z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu.
<input type="checkbox"/>	Pracownik przewidziany do zwolnienia Pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.
<input type="checkbox"/>	Pracownik zagrożony zwolnieniem Pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

² Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

³ Możliwy jest wybór maksymalnie dwóch opcji jednocześnie.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZBIORACH:

ZBIÓR NR 1: Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020,

ZBIÓR NR 2: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Kapitał kwalifikacji**” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a. Województwo Lubelskie z siedzibą w Lublinie przy ul. Artura Grottgera 4 dla zbioru nr 1.
 - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie, Pl. Trzech Krzyży 3/5 dla zbioru nr 2.
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
 - b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
 - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz.217),
 - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r.
 - e. Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (MliR/H 2014-2020/13(01)/04/2015),
 - f. Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020 (MliR/H 2014-2020/6(01)/03/2015),
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
 - a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
 - b. zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach projektu,
5. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,
6. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy,
7. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 3

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

.....

PESEL:

deklaruję chęć uczestnictwa we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia w ramach projektu: **„Kapitał kwalifikacji”** realizowanego przez **Instytut Rozwoju i Innowacji Euro – Konsult sp. z o. o.** w ramach Osi priorytetowej: 10. Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020, Działanie: 10.2 Rozwój pracowników przedsiębiorstw Poddziałanie: Wdrożenie programów typu outplacement.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w projekcie **„Kapitał kwalifikacji”**, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Zamieszkuję na terenie województwa łódzkiego.
3. Jestem (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź X):

<input type="checkbox"/>	Osoba zwolniona Osoba zwolniona z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu.
<input type="checkbox"/>	Pracownik przewidziany do zwolnienia Pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.
<input type="checkbox"/>	Pracownik zagrożony zwolnieniem Pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

4. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt **„Kapitał kwalifikacji”** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020 .
5. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Instytut Rozwoju i Innowacji Euro – Konsult sp. z o.o. w celach rekrutacji do projektu i realizacji zaplanowanych działań.

Uprzedzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/-a,

PESEL:

w związku z przystąpieniem do projektu:

„**Kapitał kwalifikacji**” o nr **RPLD.10.02.02-10-0019/16**

oświadczam, że zobowiązuje się po zakończeniu mojego uczestnictwa w projekcie:

- w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie, przekazać **Instytutowi Rozwoju i Innowacji Euro-Konsult sp. z o.o.**, informacje i dane (w tym kopie dokumentów) dotyczące mojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dotyczące:

a) podjęcia zatrudnienia bądź samozatrudnienia:

- kopii umowy o pracę na min. 3m-ce i min. ½ etatu, lub
- kopii umowy cywilnoprawnej o terminie realizacji minimalnej 3m-ce i o wartości minimalnej w wysokości trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę, lub
- dokumentu potwierdzającego fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres minimum trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta lub gminy)

b) uzyskania kwalifikacji po opuszczeniu programu,

c) statusu na rynku pracy (pracujący, bezrobotny, bierny zawodowo),

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
(Pieczętka firmowa)

.....
(Miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY (dotyczy wyłącznie osób pracujących)

Nazwa pracodawcy			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Miejscowość
Kod pocztowy	Poczta		NIP pracodawcy
Powiat		Województwo	
Status przedsiębiorstwa⁴:			
<input type="checkbox"/> Mikro przedsiębiorstwo (zatrudniające do 9 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EURO)			
<input type="checkbox"/> Małe przedsiębiorstwo (zatrudniające do 49 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EURO)			
<input type="checkbox"/> Średnie przedsiębiorstwo (zatrudniające do 249 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EURO)			
<input type="checkbox"/> Duże przedsiębiorstwo (zatrudniające co najmniej 250 pracowników, którego roczny obrót przekracza 50 milionów EURO i/lub całkowity bilans roczny przekracza 43 milionów EURO)			
<input type="checkbox"/> Administracja publiczna (przedsiębiorstwo nie spełniające w/w kryteriów)			

Oświadczam, że Pan/i
(IMIĘ I NAZWISKO)

Zamieszkały/a
(ADRES: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Jest **ZATRUDNIONY/A** u w/w pracodawcy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas

nieokreślony od określony od do

wykonując pracę na terenie województwa łódzkiego

jest⁵: **przewidziany/a do zwolnienia*** **zagrożony/a zwolnieniem****

Ponadto pracodawca oświadcza, że **zakład pracy przechodzi procesy restrukturyzacyjne⁶**

*** **TAK** **NIE**

⁴ Zaznaczyć właściwe

⁵ Zaznaczyć właściwe

⁶ Zaznaczyć właściwe

* **Osoba przewidziana do zwolnienia** – osoba, która otrzymała od pracodawcy wypowiedzenie stosunku pracy, stosunku służbowego **z przyczyn dotyczących zakładu pracy** lub która została poinformowana przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.

** **Osoba zagrożona zwolnieniem** – osoba zatrudniona u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu, dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego **z przyczyn niedotyczących pracowników**, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

*** Z **procesami restrukturyzacyjnymi przedsiębiorstwo** ma do czynienia np. wówczas, gdy zmienia swój profil działalności, zmienia strukturę organizacyjną, dokonuje likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych, przechodzi proces prywatyzacji, dokonuje outsourcingu znacznej części dotychczasowej działalności, dokonuje zwolnień grupowych pracowników (lub zwolnień w zwykłym trybie w przypadku pracodawców zatrudniających mniej niż 20 pracowników). W kategorii tej mieszczą się również przedsiębiorstwa będące w procesie likwidacji. W/w przejawy procesów należy traktować jako przykładowe.

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis i pieczęćka Pracodawcy)



.....
(Pieczęćka firmowa)

.....
(Miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY⁷ (dotyczy wyłącznie osób zwolnionych)

Nazwa pracodawcy			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Miejscowość
Kod pocztowy	Poczta		NIP pracodawcy
Powiat		Województwo	
Status przedsiębiorstwa⁸:			
<input type="checkbox"/> Mikro przedsiębiorstwo (zatrudniające do 9 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EURO)			
<input type="checkbox"/> Małe przedsiębiorstwo (zatrudniające do 49 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EURO)			
<input type="checkbox"/> Średnie przedsiębiorstwo (zatrudniające do 249 pracowników włącznie, którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EURO)			
<input type="checkbox"/> Duże przedsiębiorstwo (zatrudniające co najmniej 250 pracowników, którego roczny obrót przekracza 50 milionów EURO i/lub całkowity bilans roczny przekracza 43 milionów EURO)			
<input type="checkbox"/> Administracja publiczna (przedsiębiorstwo nie spełniające w/w kryteriów)			

Oświadczam, że Pan/i
(IMIĘ I NAZWISKO)

Zamieszkały/a
(ADRES: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

BYŁ/A ZATRUDNIONY/A u w/w pracodawcy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas
od do

⁷ Niniejsze zaświadczenie można zastąpić świadectwem pracy od pracodawcy.

⁸ Zaznaczyć właściwe

Ponadto pracodawca oświadcza, że⁹:

- pracownik został zwolniony z przyczyn dotyczących zakładu pracy * **TAK** **NIE**
- zakład pracy przechodzi procesy restrukturyzacyjne ** **TAK** **NIE**

* Za zwolnienie z przyczyn dotyczących zakładu pracy uznaje się:

- rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników;
- rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych;
- wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i nie zaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy;
- rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 Kodeksu Pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika (brak ochrony życia i zdrowia pracowników);

** Z **procesami restrukturyzacyjnymi przedsiębiorstwo** ma do czynienia np. wówczas, gdy zmienia swój profil działalności, zmienia strukturę organizacyjną, dokonuje likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych, przechodzi proces prywatyzacji, dokonuje outsourcingu znacznej części dotychczasowej działalności, dokonuje zwolnień grupowych pracowników (lub zwolnień w zwykłym trybie w przypadku pracodawców zatrudniających mniej niż 20 pracowników). W kategorii tej mieszczą się również przedsiębiorstwa będące w procesie likwidacji. W/w przejawy procesów należy traktować jako przykładowe.

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis i pieczęć Pracodawcy)

⁹ Zaznaczyć właściwe