

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU

Tytuł projektu	„MOJA ZMIANA NA LEPSZE ”
Realizator	CENTRUM BIZNESU I PROMOCJI KADR SP. Z O.O.
Nr projektu:	RPSW.10.02.01-26-0171/16
Numer i nazwa Osi priorytetowej:	RPSW.10.00.00 „Otwarty rynek pracy”
Numer i nazwa Działania:	RPSW.10.02.00 „Działania na rzecz podniesienia aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia”.
Numer i nazwa Poddziałania:	RPSW.10.02.01 ”Wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia
Obszar realizacji:	Powiat: ostrowiecki, woj. świętokrzyskie

Oświadczam, że przystępuję do projektu pod nazwą „MOJA ZMIANA NA LEPSZE”

W związku z powyższym przekazuję dane na temat mojej sytuacji uczestnika/uczestniczki projektu \*

<b>Jestem osobą fizyczną zamieszkałą (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) powiat ostrowiecki</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP</b> osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, zarejestrowana, jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą długotrwale bezrobotną</b> osoba, która jest zarejestrowana przynajmniej 12 miesięcy w ciągu ostatnich dwóch lat	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą bierną zawodowo</b> osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna), nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą po 50 roku życia</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą o niskich kwalifikacjach zawodowych</b> osoba posiadająca maksymalnie wykształcenie ponadgimnazjalne	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</b> (posiadam orzeczenie o niepełnosprawności zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych).	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą sprawującą opiekę nad osobą zależną</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem powracającą na rynek pracy po zakończonym okresie sprawowania opieki</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Jestem osobą w innej niż wymienione powyżej niekorzystnej sytuacji społecznej</b> (Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym np. osoba: nieposiadająca wykształcenia podstawowego, po karze pozbawienia wolności, narkoman).	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

\* Zaznaczyć zakreślając właściwą odpowiedź.

.....  
Miejscowość, dnia

.....  
Czytelny podpis