



**OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU
„Gotowi na zmiany!” nr RPLD.08.02.01-10-0047/22**

Nazwisko:..... Imię:.....
 Data urodzenia.....PESEL.....Obywatelstwo:.....
Miejsce zamieszkania
 Gmina / Dzielnica: Powiat: Województwo:.....
 Kod:.....Poczta:..... Miejscowość:.....
 Ul:..... Nr domu:..... Nr mieszkania.....
 Telefon: Adres e-mail:.....
Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:
Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego
NR rachunku bankowego | _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
 _ | _ _ _ _ |

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że:

W KAŻDEJ RUBRYCE WPISAĆ TAK LUB NIE (W przypadku wpisania TAK należy uzupełnić kolumnę po prawej)

Jestem rencistą		Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znacznym (wpisać właściwe)
Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe		Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat) Świadczenia rentowe od dnia: do dnia:
Jestem zgłoszon/a/y do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)		
Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt "Gotowi na zmiany!" będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu		

1. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadom/a/y odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
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 Realizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.
3. Jestem świadom/a/y odpowiedzialności określonej w art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Realizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Realizatora projektu do celów związanych z realizacją projektu.

.....
Data rozpoczęcia udziału w projekcie

.....
Podpis Uczestni/czki/ka Projektu