**Oświadczenie Kandydata   
o zwolnieniu z przyczyn nie dotyczących pracownika/  
otrzymaniu wypowiedzenia z przyczyn nie dotyczących pracownika /  
otrzymaniu informacji od pracodawcy o zamiarze nieprzedłużenia stosunku pracy/stosunku służbowego**

Ja, niżej podpisany/a ………………………………….………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Zamieszkały/a

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

(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, **oświadczam, iż:**

☐ utrata mojego zatrudnienianastąpiła z przyczyn **nie dotyczących pracownika**[[1]](#footnote-1)

przyczyna/powód zwolnienia:………………………………………………………………………...

☐ jestem w okresie wypowiedzenia z przyczyn **nie dotyczących pracownika**, tj.:

przyczyna/powód zwolnienia:…………………………………………………………………………..

☐ otrzymałem informację od pracodawcy o zamiarze nieprzedłużenia stosunku pracy/ stosunku służbowego, zawartego na czas określony do dnia …………………………………

przyczyna/powód zwolnienia:………………………………………………………………………………

*................................................. ............................................................................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis składającego oświadczenie*

**Potwierdzenie Pracodawcy**

**Dane pracodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zakładu pracy:** |  |
| **Adres zakładu pracy:** |  |
| **Nip:** |  |
| **Numer kontaktowy:** |  |

Ja, niżej podpisany/a,

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

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie[[2]](#footnote-2))

jako pracodawca/były pracodawca[[3]](#footnote-3) ww. Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę projektu „Nowy start III”, świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, potwierdzam, iż informacje podane przez Kandydata/Kandydatkę są zgodne z prawdą.

*................................................. ...................................................................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis składającego oświadczenie*

*…................................................................   
 Pieczątka pracodawcy*

1. **Utrata zatrudnienia z przyczyn nie dotyczących pracownika** – utrata zatrudnienia z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu, przy czym osoba zwolniona nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy, lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pracodawca lub inna osoba upoważniona przez pracodawcę do podpisania Oświadczenia [↑](#footnote-ref-2)
3. Niewłaściwe skreślić. [↑](#footnote-ref-3)