

Lider projektu:



Partner projektu:



Siedziba: 62-006 Kaliszka, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Narutowicka 172
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP 777.323.81.50 | REGON 302760614 | KRS 0000499852

**Oświadczenie o dostarczeniu dokumentów potwierdzający podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej po zakończeniu udziału w projekcie „CZAS NA ZMIANĘ”
nr RPPM.06.01.02-22-0104/16**

| | |
|--------------------|--|
| Imię i nazwisko: | |
| Adres zamieszkania | |
| Telefon kontaktowy | |

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu 4 tygodni od zakończeniu udziału w projekcie dostarczę do Beneficjenta dokumenty potwierdzające podjęcie zatrudnienia (w przyp. umów o pracę i umów cywilno-prawnych -kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej z oryginałem do wglądu) lub innej pracy zarobkowej (w przyp. samozatrudnienia - oryginał CEIDG/KRS, kserokopia potwierdzenia opłacenia składek ZUS, lub innych wymaganych przez Beneficjenta wraz z oryginałami tych dokumentów do wglądu) na podstawie: umowy o pracę na min. 3 miesiące i min. ½ etatu /umowy cywilnoprawnej na minimum 3 miesiące o wartości równej lub wyższej trzykrotności minimalnego wynagrodzenia /umowy o dzieło o wartości równej lub wyższej trzykrotności minimalnego wynagrodzenia/ samo zatrudnienia.
- 2) w ciągu 3 miesięcy od zakończeniu udziału w projekcie dostarczę do Beneficjenta dokumenty potwierdzające podjęcie zatrudnienia (w przyp. umów o pracę i umów cywilno-prawnych -kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej z oryginałem do wglądu) lub innej pracy zarobkowej (w przyp. samo zatrudnienia - oryginał CEIDG/KRS, kserokopia potwierdzenia opłacenia składek ZUS/podatku przez okres 3 miesięcy lub innych wymaganych przez Beneficjenta wraz z oryginałami tych dokumentów do wglądu) na podstawie: umowy o pracę na min. 3 miesiące i min. ½ etatu /umowy cywilnoprawnej na minimum 3 miesiące o wartości równej lub wyższej trzykrotności minimalnego wynagrodzenia /umowy o dzieło o wartości równej lub wyższej trzykrotności minimalnego wynagrodzenia/ samo zatrudnienia.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

