Załącznik nr 4

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn.:

„*Młodzi dla regionu*”, UDA-POWR.01.02.01-24-0006/20-00

**Oświadczenie uczestnika dot. ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego**

Nazwisko: .....................................................................

Imiona: .........................................................................

Data urodzenia ....................................... Miejsce urodzenia: ...........................................

PESEL: .................................................... Obywatelstwo: .................................................

Adres zamieszkania

ul: ……………………………………………..…….. nr domu:…….……. nr mieszkania……....

Gmina/ Dzielnica ………………..…………… Powiat …..…………….……………. Województwo …………………........... Kod pocztowy: .................................... Poczta:……………………….……… Miejscowość ……...…………..…………

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres stały zamieszkania)

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

Telefon: ................................................. Adres e-mail: …….………………………………………………………………….

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:...............……………………………………………………………………………...

Niniejszym oświadczam, że:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością |  | Stopień niepełnosprawności: .................................................. lekki/umiarkowany/znaczny (wpisać właściwe)  Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat) |
| Jestem rencistą |  | Nr decyzji: ...............................................................................  Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej rentę (z uwzględnieniem dat) |
| Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe |  | Świadczenia rentowe od dnia: ................do dnia:................... |
| Przebywam na urlopie wychowawczym |  | W okresie: od ......................... do............................................. |
| Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego |  |  |
| Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem/łam wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej |  |  |
| **Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu** |  |  |

1. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej   
   za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane podane   
   w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.
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 Beneficjenta, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.
3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998   
   o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Beneficjenta   
   o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….  Miejscowość i data | …………………………………………………………….  Czytelny podpis uczestnika/czki projektu |