



Załącznik nr 2 do umowy wsparcia

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Projektu (Usługi) o statusie na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabyciu kompetencji 4 tygodnie po zakończeniu udziału w ProjekcieJa, niżej podpisany/-
a:

Zamieszkały/-a:

PESEL:

świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczenia niezgodnego z prawdą do projektu *pt. „Usługi rozwojowe w subregionie pilskim – szansą na zmianę”* realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski na lata 2021 – 2027, Priorytet FEWP.06 Fundusze europejskie dla Wielkopolan o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie FEWP.06.04 Wsparcie pracowników i pracodawców, którego realizatorem jest Fundusz Rozwoju i Promocji Województwa Wielkopolskiego SA, ul. Piękna 58, 60-589 w Poznaniu, oświadczam, że w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie poniższy status dotyczący mojej osoby, to:

Osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba uzyskała kwalifikacje	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nabyła kompetencje	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba kontynuuje kształcenie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba kontynuuje zatrudnienie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca/prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba poszukuje pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Sytuacja społeczna uległa poprawie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Inne (jeśli dotyczy proszę wpisać)		



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Oświadczam prawdziwość powyższych danych w niniejszym formularzu zgłoszenia własnoręcznym podpisem:

Miejscowość, data	
Podpis czytelny Uczestnika projektu - usługi	