



Projekt „ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ROZWOJU Aktywizacji Zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020, w ramach Poddziałania 10.02.01

Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

OŚWIADCZENIE O UTRACIE ZATRUDNIENIA W SKUTEK PANDEMII COVID-19

Ja, niżej podpisany/a
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Zamieszkały/a
Adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

PESEL

Oświadczam, iż w skutek pandemii covid-19 nie przedłużono ze mną umowy o pracę na czas określony.

Oświadczam, iż w dniu (proszę podać datę) rozwiązano ze mną umowę o pracę/cywilno-prawną¹.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

¹ Niepotrzebne skreślić.