

Nazwa urzędu pracy:

WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNY / POSZUKUJĄCY PRACY

(rejestrujący wypełnia dane zamieszczone na jasnym tle)

Rodzaj rejestracji: rejestracja bezrobotnego

Numer wniosku:

1. DANE OSOBOWE

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| 1. Imię: | | 2. Drugie imię: | |
| 3. Nazwisko: | | 4. Nazwisko rodowe: | |
| 5. PESEL: | | 6. Płeć: | |
| 7. Data urodzenia (dd / mm / rrrr): | | 8. Miejsce urodzenia: | |
| 9. Rodzaj dokumentu tożsamości: | | 10. Seria i numer dokumentu: | |
| 11. Obywatelstwo 1: | | 12. Obywatelstwo 2: | |
| 13. Obywatelstwo 3: | | 14. Cudzoziemiec: | |
| 15. Imię matki: | | 16. Imię ojca: | |
| 17. Stan cywilny: | | 18. Liczba dzieci na utrzymaniu: | |
| 19. Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko / dzieci: | | | |

2. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

- Numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:
- Urząd skarbowy:
- Oddział NFZ:

3. DANE ADRESOWE - ADRES ZAMELDOWANIA STAŁEGO

- | | | | |
|-----------------------|--|----------------------|---|
| 1. Kod pocztowy: | | 2. Poczta: | |
| 3. Województwo: | | 4. Powiat: | |
| 5. Gmina / dzielnica: | | 6. Miejscowość: | |
| 7. Ulica: | | 8. Nr domu / lokalu: | / |

4. DANE ADRESOWE - ADRES TYMCZASOWY

- | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------|---|
| 1. Na okres do (dd / mm / rrrr): | | | |
| 2. Kod pocztowy: | | 3. Poczta: | |
| 4. Województwo: | | 5. Powiat: | |
| 6. Gmina / dzielnica: | | 7. Miejscowość: | |
| 8. Ulica: | | 9. Nr domu / lokalu: | / |

5. DANE ADRESOWE - ADRES DO KORESPONDENCJI

1. Kod pocztowy:	<input type="text"/>	2. Poczta:	<input type="text"/>
3. Województwo:	<input type="text"/>	4. Powiat:	<input type="text"/>
5. Gmina / dzielnica:	<input type="text"/>	6. Miejscowość:	<input type="text"/>
7. Ulica:	<input type="text"/>	8. Nr domu / lokalu:	<input type="text"/> / <input type="text"/>

6. DANE KONTAKTOWE

1. Kontakt poprzez konto w systemie praca.gov.pl:	<input type="text"/>	2. Kontakt listowny:	<input type="text"/>
3. Kontakt na adres e-mail:	<input type="text"/>	4. Kontakt telefoniczny:	<input type="text"/>

7. WYKSZTAŁCENIE

Lp.	Poziom	Tytuł	Typ	Kierunek	Specjalizacja
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					

8. UKOŃCZONE SZKOŁY I UCZELNIE

Lp.	Nazwa	Miejscowość	Typ	Data ukończenia
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				

9. ZAWODY

Lp.	Nazwa	Staż		Wyuczony	Wykonywany
		Lata	Miesiące		
1	2	3	4	5	6
1	Kwalifikacje w ramach zawodu:				
2	Kwalifikacje w ramach zawodu:				
3	Kwalifikacje w ramach zawodu:				
4	Kwalifikacje w ramach zawodu:				

10. SPECJALNE UPRAWNIENIA ZAWODOWE

Lp.	Nazwa	Okres ważności		
		Data od	Data do	Ważne bezterminowo
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

11. UMIEJĘTNOŚCI

Lp.	Nazwa
1	2
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

12. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Lp.	Stopień niepełnosprawności	Nr orzeczenia	Data wydania	Czy czasowe?	Ważne do	Rodzaje niepełnosprawności
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

13. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

Lp.	Język obcy	Stopień znajomości	
		W mowie	W piśmie
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

14. OSTATNI PRACODAWCA

Byłem zatrudniony: Prowadziłem działalność gospodarczą: Zawiesiłem działalność gospodarczą:

1. Nazwa:

2. REGON:

3. Podstawa wykonywania pracy:

4. Stanowisko:

5. Zatrudnienie od: 6. Zatrudnienie do:

7. Wymiar czasu pracy:

8. Kod pocztowy: 9. Poczta:

10. Województwo: 11. Powiat:

12. Gmina / dzielnica: 13. Miejscowość:

14. Ulica: 15. Nr domu / lokalu: /

16. Ustanie zatrudnienia nastąpiło:

Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Za wypowiedzeniem pracownika: TAK / NIE

Z winy pracownika: TAK / NIE

Z przyczyn dotyczących zakładu pracy: TAK / NIE

Z innego powodu: TAK / NIE

Pozostaje w zatrudnieniu: TAK / NIE

15.1. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 1 2. Nazwa:

3. REGON: 4. Rodzaj okresu:

5. Okres od: 6. Okres do:

7. Miejscowość: 8. Podstawa wykonywania pracy:

9. Wymiar czasu pracy:

10. Stanowisko:

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE

Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE

Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.2. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 2 2. Nazwa:

3. REGON:: 4. Rodzaj okresu:

5. Okres od: 6. Okres do:

7. Miejscowość: 8. Podstawa wykonywania pracy:

9. Wymiar czasu pracy:

10. Stanowisko:

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE

Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE

Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.3. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 3 2. Nazwa:

3. REGON:: 4. Rodzaj okresu:

5. Okres od: 6. Okres do:

7. Miejscowość: 8. Podstawa wykonywania pracy:

9. Wymiar czasu pracy:

10. Stanowisko:

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE

Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE

Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.4. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 4 2. Nazwa:

3. REGON:: 4. Rodzaj okresu:

5. Okres od: 6. Okres do:

7. Miejscowość: 8. Podstawa wykonywania pracy:

9. Wymiar czasu pracy:

10. Stanowisko:

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE

Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE

Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.5. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 5 2. Nazwa: _____

3. REGON:: _____ 4. Rodzaj okresu: _____

5. Okres od: _____ 6. Okres do: _____

7. Miejscowość: _____ 8. Podstawa wykonywania pracy: _____

9. Wymiar czasu pracy: _____

10. Stanowisko: _____

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.6. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 6 2. Nazwa: _____

3. REGON:: _____ 4. Rodzaj okresu: _____

5. Okres od: _____ 6. Okres do: _____

7. Miejscowość: _____ 8. Podstawa wykonywania pracy: _____

9. Wymiar czasu pracy: _____

10. Stanowisko: _____

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.7. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 7 2. Nazwa: _____

3. REGON:: _____ 4. Rodzaj okresu: _____

5. Okres od: _____ 6. Okres do: _____

7. Miejscowość: _____ 8. Podstawa wykonywania pracy: _____

9. Wymiar czasu pracy: _____

10. Stanowisko: _____

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.8. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 8 2. Nazwa: _____

3. REGON:: _____ 4. Rodzaj okresu: _____

5. Okres od: _____ 6. Okres do: _____

7. Miejscowość: _____ 8. Podstawa wykonywania pracy: _____

9. Wymiar czasu pracy: _____

10. Stanowisko: _____

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.9. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 9 2. Nazwa: _____

3. REGON:: _____ 4. Rodzaj okresu: _____

5. Okres od: _____ 6. Okres do: _____

7. Miejscowość: _____ 8. Podstawa wykonywania pracy: _____

9. Wymiar czasu pracy: _____

10. Stanowisko: _____

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

15.10. OKRESY ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY

1. Lp.: 10 2. Nazwa: _____

3. REGON:: _____ 4. Rodzaj okresu: _____

5. Okres od: _____ 6. Okres do: _____

7. Miejscowość: _____ 8. Podstawa wykonywania pracy: _____

9. Wymiar czasu pracy: _____

10. Stanowisko: _____

11. Sposób rozwiązania stosunku pracy:

Za moim wypowiedzeniem: TAK / NIE Na mocy porozumienia stron: TAK / NIE

Inny powód: TAK / NIE Przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy: TAK / NIE

16.1. CZŁONKOWIE RODZINY

1. Lp.:	1	2. Imię:	
3. Nazwisko:		4. Data urodzenia (dd / mm / rrrr):	
5. PESEL:		6. Stopień pokrewieństwa:	
7. Bezrobotny:		8. Czy zgłosić do ubezpieczenia?:	
9. Stopień niepełnosprawności:			
10. Data początku niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):		11. Data końca niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):	

16.2. CZŁONKOWIE RODZINY

1. Lp.:	2	2. Imię:	
3. Nazwisko:		4. Data urodzenia (dd / mm / rrrr):	
5. PESEL:		6. Stopień pokrewieństwa:	
7. Bezrobotny:		8. Czy zgłosić do ubezpieczenia?:	
9. Stopień niepełnosprawności:			
10. Data początku niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):		11. Data końca niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):	

16.3. CZŁONKOWIE RODZINY

1. Lp.:	3	2. Imię:	
3. Nazwisko:		4. Data urodzenia (dd / mm / rrrr):	
5. PESEL:		6. Stopień pokrewieństwa:	
7. Bezrobotny:		8. Czy zgłosić do ubezpieczenia?:	
9. Stopień niepełnosprawności:			
10. Data początku niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):		11. Data końca niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):	

16.4. CZŁONKOWIE RODZINY

1. Lp.:	4	2. Imię:	
3. Nazwisko:		4. Data urodzenia (dd / mm / rrrr):	
5. PESEL:		6. Stopień pokrewieństwa:	
7. Bezrobotny:		8. Czy zgłosić do ubezpieczenia?:	
9. Stopień niepełnosprawności:			
10. Data początku niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):		11. Data końca niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):	

16.5. CZŁONKOWIE RODZINY

1. Lp.:	5	2. Imię:	
3. Nazwisko:		4. Data urodzenia (dd / mm / rrrr):	
5. PESEL:		6. Stopień pokrewieństwa:	
7. Bezrobotny:		8. Czy zgłosić do ubezpieczenia?:	
9. Stopień niepełnosprawności:			
10. Data początku niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):		11. Data końca niepełnosprawności (dd / mm / rrrr):	

17. OCZEKIWANIA

Lp.	Nazwa szkolenia / nazwa zawodu	Uwagi	
		Do wyuczenia	Do wykonania
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ZGODA NA PODJĘCIE PRACY W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ / EUROPEJSKIEGO OBSZARU GOSPODARCZEGO

Zgadzam się na podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej / Europejskiego Obszaru Gospodarczego

PRZEKAZANIE DANYCH ZA POŚREDNICTWEM WOJEWÓDZKIEGO URZĘDU PRACY**Dane przekazano za pośrednictwem Wojewódzkiego Urzędu Pracy**

Jednostka WUP:

Telefon:

Imię pracownika:

Nazwisko pracownika:

PRAWA I OBOWIĄZKI

INFORMACJA - ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O REJESTRACJĘ Bezrobotny jest obowiązany zawiadomić w ciągu 7 dni PUP o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub o złożeniu wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego albo utratę prawa do zasiłku (art. 74 ustawy). A zatem zobowiązuję się zawiadomić Powiatowy Urząd Pracy o podjęciu: Zatrudnienia Umowy zlecenie, Umowy o dzieło, umowy agencyjnej, umowy w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek lub usług rolniczych lub jakiegokolwiek innej umowy cywilno-prawnej. Nauki w szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych lub w szkoły wyższej w systemie wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym. Ukończeniu 60 lat- kobieta, 65 lat- mężczyzna. Nabyciu prawa do: emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy w wysokości co najmniej najniższej emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. Pobieraniu: nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego/ojcowskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, świadczenia szkoleniowego - po ustaniu zatrudnienia. Nabyciu lub posiadaniu nieruchomości rolnej, w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe. Podleganiu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowym z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe. Uzyskiwaniu przychodów podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej, chyba że dochód z działów specjalnych produkcji rolnej, obliczony dla ustalenia podatku dochodowego od osób fizycznych, nie przekracza wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 2 ha przeliczeniowych ustalonego przez Prezesa GUS na podstawie przepisów o podatku rolnym, lub podlegasz ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowym z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w takim gospodarstwie. Złożeniu wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej. Zgłoszeniu wniosku o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej. Podleganiu na podstawie

odrębnych przepisów obowiązku ubezpieczenia społecznego (z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników) z powodu otrzymywania np. stypendium szkoleniowego, stażowego, sportowego. Odbywaniu kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania. Uzyskiwaniu miesięcznie przychodu w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych. Pobieraniu zasiłku stałego. Pobieraniu zasiłku dla opiekuna. Pobieraniu świadczenia pielęgnacyjnego. Pobieraniu po ustaniu zatrudnienia, świadczenia szkoleniowego przyznawanego przez pracodawcę na wniosek pracownika i przysługującego po rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego na czas udziału pracownika w szkoleniach, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy. Zarejestrowaniu się w innym Powiatowym Urzędzie Pracy. Jeżeli nie zgłoszę powyższych okoliczności, a następnie pobiorę zasiłek/stypendium/dodatek aktywizacyjny, będzie to świadczenie nienależnie pobrane podlegające zwrotowi. Otrzymałem(am) jeden egzemplarz niniejszej informacji - zrozumiałem/am jej treść i zobowiązuje się do przestrzegania: (data, podpis i pieczęć imienna pracownika PUP) (data i czytelny podpis rejestrowanego) Niniejsza informacja stanowi załącznik do wniosku o rejestrację.

Zapoznałem się z powyższymi informacjami

WARUNKI ZACHOWANIA STATUSU

Utrata statusu bezrobotnego następuje w przypadku: - podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej albo rozpoczęcia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej (liczy się data faktycznego rozpoczęcia działalności gospodarczej, określona we wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej, a nie data dokonania wpisu do ewidencji); - otrzymania z Funduszu Pracy lub PFRON-u środków lub pożyczki na podjęcie działalności gospodarczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej; - rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego lub podpisania kontraktu socjalnego; - odmowy bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniej pracy lub innej formy pomocy ze strony powiatowego urzędu pracy, poddania się badaniom lekarskim lub psychologicznym, mającym na celu ustalenie zdolności do pracy; - po skierowaniu nie podjęcia szkolenia, przygotowania zawodowego dorosłych, stażu, prac społecznie użytecznych lub innej formy pomocy określonej w ustawie; - nie stawienia się w powiatowym urzędzie pracy w wyznaczonym terminie i nie powiadomienia w okresie do 7 dni o uzasadnionej przyczynie tego niestawiennictwa; - pozostawania niezdolnym do pracy wskutek choroby lub przebywania w zakładzie leczenia odwykowego przez nieprzerwany okres 90 dni (wliczana jest także każda kolejna przerwa między okresami niezdolności do pracy wynosząca mniej niż 30 dni kalendarzowych); - nie stawienia się w powiatowym urzędzie pracy właściwym dla nowego miejsca zamieszkania w terminie 14 dni od dnia zmiany miejsca zameldowania; - nie przedstawienia zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby lub opieki nad chorym członkiem rodziny (druk ZUS ZLA); - nie przedstawienia zaświadczenia o odbywaniu leczenia w zakładzie leczenia odwykowego; - przerwania z własnej winy stażu, szkolenia, wykonywania prac społecznie użytecznych lub innej formy pomocy; - przerwania z własnej winy programu przygotowania zawodowego dorosłych i nie przystąpienia do egzaminu kwalifikacyjnego, czeladniczego lub sprawdzającego; - złożenia przez bezrobotnego wniosku o wykreślenie z ewidencji powiatowego urzędu pracy; - przebywania za granicą lub pozostawania w sytuacji powodującej brak gotowości do podjęcia zatrudnienia dłużej niż 10 dni łącznie w jednym roku kalendarzowym.

Zapoznałem się z powyższymi informacjami

ZGODY

Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej, samorządowej lub na ich zlecenie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES.

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI ZE STANEM FAKTYCZNYM

- Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż wszelkie podane przeze mnie w trakcie rejestracji dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zostałem pouczone o warunkach zachowania statusu bezrobotnego.

OŚWIADCZENIE BEZROBOTNEGO

- Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje: 1. Jestem osobą niezatrudnioną i nie wykonuję innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia albo innej pracy zarobkowej w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie. 2. Nie uczę się w szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych lub przystępuję do egzaminu eksternistycznego z zakresu programu nauczania tej szkoły, branżowej szkoły II stopnia i szkoły policealnej, prowadzącej kształcenie w formie stacjonarnej lub zaocznej lub w szkole wyższej, gdzie studiuje na studiach niestacjonarnych. 3. Nie nabyłem(am) prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. 4. Nie pobieram zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, świadczenia rehabilitacyjnego, świadczenia szkoleniowego, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności. 5. Nie jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych powyżej 2 ha przeliczeniowych. 6. Nie podlegam ubezpieczeniu emerytalno – rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub stanowiącym dział specjalny produkcji rolnej. 7. Nie uzyskuję przychodów podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej. 8. Nie prowadzę pozarolniczej działalności gospodarczej i jej nie zawiesiłem(am). 9. Nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników). 10. Nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. 11. Nie jestem osobą tymczasowo aresztowaną i nie odbywam kary pozbawienia wolności. 12. Nie uzyskuję miesięcznie przychodu w wysokości przekraczającej połowę najniższego wynagrodzenia za pracę. 13. Nie pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłku stałego. 14. Nie otrzymałem(am) pożyczki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności pozarolniczej lub rolniczej. 15. Nie pobieram, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania. 16. Nie pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenia szkoleniowego. 17. Nie rozpocząłem(am) realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym lub nie podpisałem(am) kontraktu socjalnego. 18. Nie otrzymałem(am) jednorazowego ekwiwalentu pieniężnego za urlop górniczy oraz jednorazowej odprawy zamiast zasiłku socjalnego – przewidzianych w Układzie Zbiorowym Pracy dla Pracowników Zakładów Górniczych. 19. Nie jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna. 20. Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego zasiłku w przypadku otrzymania za ten sam okres świadczenia przedemerytalnego, emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy lub służby, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej, zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego - jeżeli organ rentowy nie dokonał stosownych potrąceń. 21. Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o wszelkich zmianach danych zawartych w karcie rejestracyjnej podanych przeze mnie oraz do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, w przypadku niespełnienia warunków wymienionych w ustawie. 22. Zostałem(am) pouczone(a) o obowiązku: a) zgłaszania się w wyznaczonych terminach w powiatowym urzędzie pracy, b) składania lub przysyłania pisemnego oświadczenia o przychodach - pod rygorem odpowiedzialności karnej - oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczeń przewidzianych w ustawie w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów, c) zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o fakcie wyjazdu za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości do pracy, d) powiadomienia urzędu w terminie 7 dni od wyznaczonego dnia o przyczynie niestawiennictwa, e) powiadomienia powiatowego urzędu pracy

o udziale - bez skierowania starosty - w szkoleniu finansowanym z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych, organizowanym przez inny podmiot niż PUP w terminie 7 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia, f) przedstawienia zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby lub opieki nad chorym członkiem rodziny na druku określonym w odrębnych przepisach, w przypadku niezdolności do pracy wskutek choroby, z wyjątkiem odbywania leczenia w zamkniętym ośrodku odwykowym.

.....
(miejsowość)

(data - dd.mm.rrrr)

.....
(czytelny podpis)