# OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ

# Projekt „Perspektywiczne kwalifikacje zawodowe = gwarancja trwałości zatrudnienia”

**RPLU.10.02.00-06-0054/17**

Ja niżej podpisany .....................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny*, oświadczam, że:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Treść oświadczenia** | **Zaznaczyć jeśli dotyczy** |
| 1. | **Jestem pracownikiem przewidzianym do zwolnienia** - pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku  służbowego. |  |
| 2 | **Jestem pracownikiem zagrożonym zwolnieniem z pracy** - pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2016 r. poz.1474) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666 z późn. zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. |  |
| 3 | **Jestem osobą zwolnioną z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu.**  **Zwolnienie nastąpiło w dniu**: …………………………………………………………………………….. |  |
| 4 | **Zamieszkuję obszar województwa lubelskiego** (w przypadku osób fizycznych pracują lub zamieszkują na obszarze woj. lubelskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, a w przypadku innych podmiotów posiadają jednostkę organizacyjną  na obszarze woj. lubelskiego) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | ***Treść oświadczenia*** | ***Zaznaczyć jeśli dotyczy*** |
| 1. | **Jestem osobą z niepełnosprawnością.** (osoba niepełnosprawna w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn.zm.)tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.) |  |
| 2 | **Jestem osobą powyżej 50 roku życia.** |  |
| 3 | **Jestem osobą o niskich kwalifikacjach.** (osoba posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie. Przyjmuje się, że do tego poziomu wykształcenia kwalifikują się osoby bez wykształcenia oraz z wykształceniem: (podstawowym, gimnazjalnym, ponadgimnazjalnym ogólnokształcącym, ponadgimnazjalnym zawodowym, zasadniczym zawodowym. ) |  |

.................................................

Data i czytelny podpis