



Załącznik nr 2 do Regulaminu Przyznawania i Wypłacania Stypendiów Szkoleniowych

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DO WYPŁATY STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO DLA OSOBY, KTÓRA UTRACIŁA ZATRUDNIENIE W TRAKCIE UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Kursy podnoszące kwalifikacje kadr woj. podkarpackiego

współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
realizowanym przez CONSULTING-MED Jacek Chmiel
na podstawie Umowy nr FEPK.07.04-IP.01-0073/23-00
zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie
w ramach programu regionalnego

Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027

Priorytet 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian

Działanie FEPK.07.04 Poprawa sytuacji na rynku pracy osób ubogich pracujących, oraz
odchodzących z rolnictwa

DANE OBOWIĄZKOWE												
IMIĘ (IMIONA)												
NAZWISKO					NAZWISKO RODOWE							
IMIĘ MATKI					IMIĘ OJCA							
DATA URODZENIA	Dzień				Miesiąc				Rok			
MIEJSCE URODZENIA												
OBYWATELSTWO												
PESEL	_____											
NIP	_____											
ADRES ZAMELDOWANIA												
Miejscowość					Ulica							
Nr budynku					Nr lokalu							
Kod pocztowy					Poczta							
Gmina					Powiat							
Województwo					Telefon							



ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość		Ulica	
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta	
Gmina		Powiat	
Województwo			

ADRES DO KORESPONDENCJI

Miejscowość		Ulica	
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta	
Gmina		Powiat	
Województwo			

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI DANYCH

Oświadczam, że dane zawarte powyżej są zgodne z dowodem osobistym albo innym dowodem tożsamości (jakim?)

.....

Seria i nr dokumentu		Data wydania (dd-mm-rrrr)	____-____-____
Organ wydający			
Miejsce wydania			

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....

Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia Beneficjenta Projektu o zmianie wykazanych danych osobowych.

URZĄD SKARBOWY

Nazwa	
Adres	
Oddział NFZ	

PRAWO DO RENTY (zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „X”)										Mam ustalone prawo do renty TAK ☐ NIE ☐									
POSIADANE ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI Proszę załączyć ksero orzeczenia lekarskiego. (zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „X”)										1. Nie posiadam orzeczenia o stopniu Niepełnosprawności ☐ 2. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu: ▪ lekkim ☐ ▪ umiarkowanym ☐ ▪ znacznym ☐									
OŚWIADCZENIE O NUMERZE RACHUNKU BANKOWEGO																			
Proszę o przekazywanie stypendium szkoleniowego na niżej podany rachunek bankowy: Nazwa i adres Banku:..... Pełny Nr rachunku (26 cyfr wpisywanych bez spacji):																			
Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia Beneficjenta Projektu o zmianie rachunku bankowego.																			

miejsowość, data

podpis Uczestnika/-czki Projektu oraz w przypadku osób
niepełnoletnich podpis rodziców/ opiekuna prawnego,
który oznacza zgodę rodziców/ opiekunów prawnych na
udział w projekcie Uczestnika/-czki Projektu