



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

ZAŚWIADCZENIE OD PRACODAWCY

do projektu „Wkomponowani w nowy rytm pracy”

realizowanego w ramach Działania 10.07 Działania na rzecz osób zagrożonych utratą pracy ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027

Zaświadczam, iż Pan/Pani*¹
[imię, nazwisko, PESEL]

jest/był* pracownikiem
[nazwa podmiotu, adres, NIP]

Pani/Pan jest osobą [właściwe zaznaczyć]:

☐ przewidzianą/ym do zwolnienia z przyczyn zakładu pracy tj.

☐ wypowiedzenie umowy nastąpiło zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz.U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy z późn zm. (dot. pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników)

☐ wypowiedzenie umowy nastąpiło z przyczyn dotyczących zakładu pracy (wskazać jakich)

.....

☐ umowa zawarta na czas określony nie zostanie przedłużona z przyczyn dotyczących zakładu pracy

(wskazać jakich)

☐ zagrożoną/ym zwolnieniem

☐ W okresie ostatnich 12 m-cy od daty zgłoszenia się uczestnika do udziału w projekcie w podmiocie następowało rozwiązywanie stosunków pracy lub stosunków służbowych zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz.U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy z późn. zm. (dot. pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników)

☐ zwolnionym z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do

projektu z powodu

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby reprezentującej firmę i pieczęć firmowa

* niepotrzebne skreślić