*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

……………………………

*(miejscowość, data)*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU RELOKACYJNEGO**

**w ramach projektu „AKTYWNIE KU PRACY Z KOMPASSEM – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku powyżej 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego”**

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

Imię (imiona):

Nazwisko:

PESEL:

Telefon:

Adres e-mail:

**ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA:**

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Ulica, nr domu / numer mieszkania:

Kod pocztowy i miejscowość:

Nazwa banku i numer **konta osobistego** Uczestnika Projektu:

Zwracam się z prośbą o przyznanie dodatku relokacyjnego w ramach projektu „AKTYWNIE KU PRACY Z KOMPASSEM – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku powyżej 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego” o nr RPZP.06.05.00-32-K018/17

Wsparcie zostanie udzielone w związku z zamiarem podjęcia/ podjęciem\* przeze mnie, poza miejscem stałego zamieszkania, *(zaznaczyć właściwe):*

* zatrudnienia
* innej pracy zarobkowej
* prowadzenia własnej działalności gospodarczej

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Ja, niżej podpisany/a……………………………., świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nierzetelnych pisemnych oświadczeń, jak również podrobionych, przerobionych poświadczających nieprawdę lub nierzetelnych dokumentów, o którym mowa w art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego, oświadczam, że:**

1. Odległość od miejsca dotychczasowego zamieszkania do miejsca podjęcia *zatrudnienia* */ wykonywania innej pracy zarobkowej / rozpoczęcia własnej działalności gospodarczej\** wynosi ……… km/ czas dojazdu do tej miejscowości i powrotu domiejsca dotychczasowego zamieszkania wynosi ……… godzin ……… minut dziennie.
2. Wysokość wynagrodzenia, jakie będę osiągać, wynosić będzie………………....zł/m-c brutto oraz będę podlegał/a ubezpieczeniom społecznym.
3. Zobowiązuję się *pozostawać w zatrudnieniu / wykonywać inną pracę zarobkową* przez okres co najmniej 6 miesięcy od dnia powstania stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego/ *prowadzić własną działalność gospodarczą przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia uzyskania wpisu do CEIDG \*.*

6. Zobowiązuję się do zwrotu całości dodatku relokacyjnego w związku z niewywiązaniem się z w/w warunków w terminie przewidzianym w wezwaniu Beneficjenta.

**\* - *niewłaściwe skreślić***

**UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRZYZNANIA DODATKU RELOKACYJNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU**

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

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

......……………………….………………………...……………………………...……………

…………………………………………………………………………………………………

**Do wniosku załączam** *(zaznaczyć właściwe)*:

* Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia Uczestnika Projektu/ zleceniodawcy o zamiarze powierzenia innej pracy zarobkowej Uczestnikowi Projektu na okres co najmniej 6 miesięcy *(dotyczy Uczestnika Projektu, który ma zamiar podjęcia zatrudnienia lub podjęcia innej pracy zarobkowej);*
* Oświadczenie Uczestnika Projektu o zamiarze rozpoczęcia prowadzenia własnej działalności gospodarczej *(dotyczy Uczestnika Projektu, który ma zamiar rozpocząć prowadzenie własnej działalności gospodarczej)*;
* Kopię umowy o pracę / umowy cywilnoprawnej zawartej w celu wykonywania pracy zarobkowej *(niewłaściwe skreślić);*
* Wydruk z CEIDG dotyczący prowadzonej działalności gospodarczej.

..…………………………………………………...

*czytelny podpis Uczestnika Projektu*