



Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego

Projekt pn.: „Program pomocy osobom zwalnianym w województwie kujawsko-pomorskim” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, realizowany przez ALFA PROJEKT Sp. z o.o. na podstawie Umowy nr RPKP.08.05.02-04-0130/17-00 (nr wniosku RPKP.08.05.02-04-0130/17), Oś priorytetowa 8 Aktywni na rynku pracy, Działanie 8.5 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw MŚP w regionie, Poddziałanie 8.5.2 Wsparcie outplacementowe

ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZWOLNIENIU Z PRZYCZYN NIEDOTYCZĄCYCH PRACOWNIKA

Imię i Nazwisko¹		
Adres zamieszkania		
Miejsce zatrudnienia		
Forma zatrudnienia	<input type="checkbox"/> Umowa o pracę na czas nieokreślony	od
	<input type="checkbox"/> Umowa o pracę na czas określony	od do
	<input type="checkbox"/> Umowa cywilnoprawna	od do
Informacja na temat zwolnienia pracownika²	<input type="checkbox"/> Osoba została zwolniona <input type="checkbox"/> Osoba jest przewidziana do zwolnienia <input type="checkbox"/> Osoba nadal pracuje jednak jest zagrożona zwolnieniem (data ustania zatrudnienia)
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy³		

¹ Dane aktualnego lub byłego pracownika wyrażającego wolę uczestnictwa w Projekcie „Program pomocy osobom zwalnianym w województwie kujawsko-pomorskim”.

² Zwolnienie wynika z przyczyn niedotyczących pracownika z uwagi na fakt, iż pracodawca **przechodzi/przechodził procesy restrukturyzacyjne, adaptacyjne i modernizacyjne**.

³ Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020

Biuro Projektu:

ALFA PROJEKT Sp. z o.o.

ul. Przedzamcze 8 (pokój 209), 87-100 Toruń

tel.: 500-552-926, e-mail: efs@a-projekt.eu

