



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



województwo  
**łódzkie**

Łask, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zameldowania)

.....  
(PESEL)

### OŚWIADCZENIE

**Oświadczam, że z dniem .....(\*) przerwałem (-am)  
odbywanie stażu z własnej winy.**

Zostałem poinformowany(-a):

- 1) o utracie statusu osoby bezrobotnej na okres:
  - 120 dni w przypadku pierwszego przerwania,
  - 180 dni w przypadku drugiego przerwania,
  - 270 dni w przypadku trzeciego i kolejnego przerwania;

Dla ustalenia okresu, na który następuje pozbawienie statusu bezrobotnego, uwzględnia się **łącznie** wszystkie odmowy, niepodjęcia oraz przerwania form aktywizacji;

oraz

- 2) o obowiązku zwrotu kosztów poniesionych przez urząd w związku ze skierowaniem mnie na staż (kosztów badań lekarskich lub kosztów przejazdu)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie)

*(\*) – dzień następujący po ostatnim dniu odbywania stażu*