Łask, dnia..............................................

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

 (imię i nazwisko)

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

(adres zameldowania)

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

(PESEL)

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że z dniem** ............................................(\*) **przerwałem (-am) realizację formy pomocy - staż z własnej winy**.

Zostałem poinformowany(-a):

1) o pozbawieniu statusu bezrobotnego na okres 90 dni od dnia przerwania realizacji formy pomocy – stażu;

2) o braku możliwości skorzystania z tej formy pomocy – stażu przez okres 90 dni od dnia przerwania;

3) o obowiązku zwrotu kosztów poniesionych przez urząd w związku ze skierowaniem mnie na staż (kosztów badań lekarskich i psychologicznych);

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

 (podpis osoby składającej oświadczenie)

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

(data, podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie)

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