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 pieczątka osoby przyjmującej oświadczenie)

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