



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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*