*Załącznik nr 4 do Regulaminu Projektu „Zawodowa zmiana!”*

**ZAŚWIADCZENIE OD PRACODAWCY**

**Oświadczam, że Pan/i**………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(IMIĘ I NAZWISKO)

**Zamieszkały/a**………………………………………………………………………………………………………………………………

(ADRES: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

**PESEL** ………………………………………………………………………

Jestpracownikiem przedsiębiorstwa/firmy/instytucji:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pracodawcy** |  |
| **NIP pracodawcy** |  |
| **Adres pracodawcy** |  |

**Zaznaczyć właściwe:**

□ **przewidzianym/ą do zwolnienia** - pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

□ **zagrożonym/ą zwolnieniem** - pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 6 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2018 r. poz. 1969) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy – w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników - albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

Pracownik ten nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

………………………………………… …………..………………………………………..

Miejscowość i data Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy