

Osoba ubiegająca się o zarejestrowanie w PUP do niniejszego oświadczenia przedkłada do wglądu oryginały świadectw ukończenia szkoły, dyplomów innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje lub zaświadczenia o ukończeniu szkolenia; świadectwa pracy, inne dokumenty niezbędne do ustalenia uprawnień, dokumenty stwierdzające przeciwwskazania do wykonywania określonych prac - jeśli takie posiada.

OŚWIADCZENIE

PESEL:

NAZWISKO I IMIĘ.....OBYWATELSTWO.....

IMIĘ OJCA.....IMIĘ MATKI.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

ADRES DO E-DORĘCZEŃ.....

TELEFON DO KONTAKTU.....

MÓJ ADRES E-MAIL.....

STAN CYWILNY.....

PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK X WE WŁAŚCIWYM POLU

Lp.	Fakty	TAK	NIE
1	Jestem osobą zatrudnioną lub wykonuję inną pracę zarobkową.		
2	Jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia albo innej pracy zarobkowej		
	a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie		
	b) w połowie wymiaru czasu pracy, gdyż jestem osobą niepełnosprawną, lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze.		
3	Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej.		
	a) zgłosiłem(am) wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszcze nie upłynął.		
	b) upłynął okres do określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia działalności gospodarczej - rozpocząłem(am) prowadzenie działalności gospodarczej.		
4	Posiadałem(am) wpis do ewidencji działalności gospodarczej.		
5	Otrzymałem(am) jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej z Funduszu Pracy, EFS.		
6	Otrzymałem(am) pożyczkę lub jednorazowe środki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności pozarolniczej, rolniczej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.		
7	Pełnię funkcję prezesa/członka zarządu/członka rady nadzorczej/prokurenta w spółce.		
8	Jestem współnikiem w spółce.		
9	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Rodzaj:.....Stopień:.....		
10	Przebywam na zwolnieniu lekarskim.		
11	Pobieram naukę w szkole w systemie dziennym.		
12	Mam stałe źródło dochodu:		
	a) emerytura		
	b) renta z tytułu niezdolności do pracy		
	c) renta szkoleniowa		

	d) renta socjalna		
	e) renta rodzinna w wysokości powyżej połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę		
	f) zasiłek/świadczenia przedemerytalne		
	g) zasiłek chorobowy/świadczenie rehabilitacyjne		
	h) zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego		
	i) świadczenie pielęgnacyjne		
	j) specjalny zasiłek opiekuńczy/zasiłek dla opiekuna		
	k) renta lub emerytura przyznana przez zagraniczny organ w wysokości co najmniej najniższej emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, o których mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych		
	l) nauczycielskie świadczenie kompensacyjne		
	m) przychód z działów specjalnych produkcji rolnej podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych		
13	Podlegam ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek/domownik w gospodarstwie rolnym.		
14	Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników).		
15	Biorę udział w stażu/szkoleniu organizowanym przez inny podmiot niż powiatowy urząd pracy.		
16	Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności, nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.		
17	Uzyskuję miesięcznie przychód w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku bankowym.		
18	Prowadzę nierejestrowaną działalność gospodarczą.		
19	Uzyskuję miesięcznie przychód w wysokości przekraczającej 75% minimalnego wynagrodzenia za pracę z tytułu prowadzenia nierejestrowanej działalności gospodarczej.		
20	Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej.		
21	Pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłek stały.		
22	Pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenie szkoleniowe, o którym mowa w art. 217 ust. 6.		
23	Sprawuję opiekę nad osobą zależną (<i>osobą wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym</i>). Imię, nazwisko, data urodzenia i stopień pokrewieństwa osoby zależnej		
24	Jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna na terenie kraju lub Unii Europejskiej.		
25	Jestem zarejestrowany w innym urzędzie jako osoba poszukująca pracy.		
26	Jestem osobą transferującą zasiłek z innego państwa.		
27	Jestem zainteresowany(a) podjęciem pracy w krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego.		
28	Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich zlecenie.		
29	Posiadam Kartę Dużej Rodziny.		
30	Przekazane uprzednio dane uległy zmianie (nie dotyczy pierwszej rejestracji).		
31	Małżonek(a) pozostaje w rejestrze bezrobotnych lub poszukujących pracy (nie dotyczy osób stanu wolnego).		
32	Posiadam dzieci do 6 roku życia lub niepełnosprawne do 18 roku życia.		
33	Posiadam prawo jazdy kat. B.		
34	Jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej.		

Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko:

☐ do 24 roku życia (legitymujące się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności, które kontynuuje naukę w szkole lub w uczelni);

☐ nie jestem osobą samotnie wychowującą dziecko do 18 roku życia lub dziecko niepełnosprawne do 24 roku życia (legitymujące się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności, które kontynuuje naukę w szkole lub w uczelni).

[illegible]

Wykształcenie:

- wyższe • pomaturalne/ policealne • średnie ogólnokształcące • średnie zawodowe/branżowe
• zasadnicze zawodowe/branżowe • gimnazjalne • podstawowe • brak lub niepełne podstawowe

Ukończone szkoły:

1.....

2.....

Zawód wyuczony:

1.....

2.....

Uprawnienia/szkolenia:

2.....

3.....

Poziom znajomości języków obcych (A1–początkujący, A2–niższy średniozaawansowany, B1–średnio zaawansowany, B2–wyższy średnio zaawansowany, C1–zaawansowany, C2–biegły):

1.

Jestem zainteresowany(a) następującymi kierunkami szkoleń:

1.

W okresie 18 miesięcy poprzedzających rejestrację w Powiatowym Urzędzie Pracy:

☐ Prowadziłem działalność gospodarczą NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Okres prowadzenia działalności gospodarczej.....

☐ Zawiesiłem działalność gospodarczą

☐ Byłem zatrudniony, świadczyłem pracę na podstawie umów cywilnoprawnych (w tym umowy zlecenia)

LP.	Rodzaj (umowa o pracę, umowa zlecenia, umowa agencyjna)	Okres od dnia do dnia	Nazwa pracodawcy	Wymiar czasu pracy	Stanowisko dotyczy zatrudnienia na podstawie umowy o pracę
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Inne okresy zaliczane do okresu uprawniającego do zasiłku (m. in: okresy związane z wojskiem, pobieranie renty z tytułu niezdolności do pracy, pobieranie świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia)¹:

Lp.	Rodzaj	Okres
1		
2		
3		

.....

.....

.....

.....

¹ Dot. rejestracji jako osoba bezrobotna

Oświadczenie bezrobotnego:

1. Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego zasiłku, stypendium w przypadku otrzymania za ten sam okres emerytury, świadczenia przedemerytalnego, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, renty socjalnej, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli organ rentowy, który przyznał świadczenie, nie dokonał stosownych potrąceń.

2. Zobowiązuję się do zawiadamiania powiatowy urząd pracy osobiście o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia oraz do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, w przypadku niespełnienia warunków wymienionych w ustawie.

Zostałem(łam) pouczony(na) o obowiązku:

- a) utrzymywania kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy co najmniej raz na 90 dni,
- b) składania lub przysyłania pisemnego oświadczenia o przychodach - pod rygorem odpowiedzialności karnej - oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczeń przewidzianych w ustawie w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów,
- c) zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o zamierzonym wyjeździe za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości do pracy,
- d) powiadomienia powiatowego urzędu pracy o udziale - bez skierowania starosty - w szkoleniu finansowanym z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych, organizowanym przez inny podmiot niż PUP w terminie 7 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia,
- e) przedstawienia zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby lub opieki nad chorym członkiem rodziny na druku określonym w odrębnych przepisach, w przypadku niezdolności do pracy wskutek choroby, z wyjątkiem odbywania leczenia w zamkniętym ośrodku odwykowym,
- f) zawiadomienia powiatowego urzędu pracy w ciągu 7 dni o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub o złożeniu wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego albo utratę prawa do zasiłku,
- g) zawiadomienia o zmianie adresu zamieszkania; oraz

Zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego: W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu. W razie zaniedbania ww. obowiązku określonego doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że zostałem/am pouczone/a o warunkach zachowania statusu osoby bezrobotnej/poszukującej pracy oraz o przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz o formach pomocy określonych w ustawie.

.....
DATA I PODPIS OSOBY REJESTRUJĄCEJ SIĘ

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM

Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim zgodnie z art. 13 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016). Informuje, że:

1. administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Św. Antoniego 41,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@puptomaszow.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu wynikających z Ustawy z dn. 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U z 2025 r. poz. 620) - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.,
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r. poz. 620 jest obligatoryjne).

Miejscowość i data

Czytelny podpis poinformowanego

.....

.....

WYPEŁNIA PRACOWNIK PUP W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM

Rejestracja nastąpiła w oparciu o dane pozyskane z systemu teleinformatycznego

- ☐ Aplikacji Centralnej
- ☐ Raportu ZUS (U1)
- ☐ CEiDG
- ☐ Raportu KRUS
- ☐ KRS
- ☐ Systemie o Karcie Dużej Rodziny

.....
pieczętka i podpis pracownika dokonującego
rejestracji i sprawdzenia w ww. systemach

Tomaszów Mazowiecki, dnia