

Załącznik 1b do Formularza Zgłoszeniowego do projektu „Nowe możliwości”

ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY
(dotyczy osób, które były zatrudnione na czas określony
i utraciły zatrudnienie przed przystąpieniem do projektu)

*Zaświadczenie należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami,
a w miejscach z kwadracikami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole*

DANE PRACODAWCY:	
Pełna nazwa zakładu pracy	
Dokładny adres zakładu pracy	
NIP	
REGON	
Powiązanie z spółkami węglowymi <i>(zaznaczyć właściwe)</i>	<input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo jest jednostką organizacyjną spółek węglowych z terenu woj. śląskiego lub przedsiębiorstw z terenu woj. śląskiego z nimi powiązanych (kooperujących) <input type="checkbox"/> nie dotyczy
NINIEJSZYM ZAŚWIADCZA SIĘ, ŻE PAN / PANI:	
Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Dokładny adres zamieszkania	
Był/-a zatrudniony/-a w ww. przedsiębiorstwie	
na stanowisku	
na podstawie <i>(zaznaczyć właściwe)</i>	<input type="checkbox"/> stosunku pracy (umowa o pracę) <input type="checkbox"/> stosunku służbowego <input type="checkbox"/> umowy cywilnoprawnej (podać rodzaj umowy)
zawartej na czas	określony do dnia:

przyczyna zakończenia zatrudnienia (zaznaczyć właściwe)	pracownik zakończył zatrudnienie z dniem upływu ww. umowy o pracę na czas określony / umowy cywilnoprawnej, przy czym brak możliwości przedłużenia umowy wynikał z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy ¹ : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Zaświadczenie wydane jest na potrzeby procesu rekrutacji do projektu „ Nowe możliwości ” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej VII <i>Regionalny rynek pracy</i> Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Działanie 7.4 <i>Wspomaganie procesów adaptacji do zmian na regionalnym rynku pracy (działania z zakresu outplacementu)</i> , Poddziałanie 7.4.2 <i>Outplacement</i> .		
Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.		
Miejscowość:	Data:	Podpis upoważnionego reprezentanta pracodawcy oraz pieczęć firmowa pracodawcy:

¹ Objęcie wsparciem w ramach projektu osób, którym wygasła umowa o pracę na czas określony możliwe jest tylko w wyjątkowych przypadkach związanych z trudną sytuacją przedsiębiorstwa tj. gdy brak możliwości przedłużenia umowy o pracę wynika z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy.

Dotyczy to w szczególności pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz.U. z 2015 r. poz. 192, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), 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.