



Załącznik nr 5 do formularza aplikacyjnego w ramach projektu „Zmiana na PLUS 2”

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ROZWIĄZANIU STOSUNKU PRACY W OKRESIE OSTATNICH 12 MIESIĘCY Z PRZYCZYN NIEDOTYCZĄCYCH PRACOWNIKÓW

Nazwa Pracodawcy <i>(Pieczęć firmowa lub nazwa)</i>	
Adres pracodawcy: <i>(miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu / lokalu)</i>	
NIP:	

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań.

Ja, niżej podpisany/-a.....
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż jako pracodawca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do projektu Pana/ Pani:

.....

Proszę zaznaczyć odpowiednio:

- Dokonałem 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 2015 r. poz. 192)
- lub
- zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), 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,

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie