Świnoujście, dnia ............................

Powiatowy Urząd Pracy

ul. Wojska Polskiego 1/2A

72-600 Świnoujście

**WNIOSEK**

**o przyznanie dodatku aktywizacyjnego**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy.......................................................................................................................

2. Adres zamieszkania...........................................................................................................................................

PESEL................................................... NIP…............................................ tel....................................................

3. Nazwa i adres zakładu pracy............................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

4. Data podjęcia zatrudnienia innej pracy zarobkowej.....................................................................................

5. Informuję, że:\*

1) Zostałem(am) zatrudniony(a) w wyniku skierowania przez PUP

2) Podjąłem(am) zatrudnienie z własnej inicjatywy

6. Wypłaty dodatku aktywizacyjnego proszę dokonywać:\*

1) W Banku Spółdzielczym w Wolinie Filia w Świnoujściu ul. Bolesława Chrobrego 18

2) Na rachunek bankowy:

 Nazwa banku i nr rachunku: ....................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego § 1 oświadczam, że:

1. Podejmuję zatrudnienie lub inną pracę zarobkową u pracodawcy, u którego nie byłem(am) zatrudniony(a), ani nie wykonywałem(am) innej pracy zarobkowej bezpośrednio przed zarejestrowaniem się jako bezrobotny.
2. Zobowiązuję się do **poinformowania w terminie 7** dni Powiatowy Urząd Pracy w Świnoujściu o wszelkich zmianach, mających wpływ na wypłatę dodatku aktywizacyjnego, a w szczególności o:
3. ustaniu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
4. zmianie pracodawcy,
5. zmianie wysokości wynagrodzenia,
6. przebywaniu na urlopie bezpłatnym.

1. Zostałem(am) poinformowany(a), że warunkiem wypłaty dodatku aktywizacyjnego jest dostarczenie w ciągu pierwszych 5 dni miesiąca następującego po miesiącu, za który przysługuje dodatek aktywizacyjny, zaświadczenia potwierdzającego zatrudnienie. W przypadku niedostarczenia zaświadczenia od pracodawcy w wyznaczonym terminie wypłata dodatku zostanie wstrzymana.

**UWAGA! Dodatek aktywizacyjny przysługuje od daty złożenia wniosku.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rozpatrzenia wniosku o przyznanie dodatku aktywizacyjnego zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r. poz. 2135).

Wnioski, niepodpisane, zawierające niekompletne dane wymagane do rozpatrzenia wniosku lub do których nie dołączono dokumentów wskazanych poniżej w terminie 7 dni od daty złożenia wniosku **pozostaną bez rozpoznania**.

.............................................................

 podpis wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Kopia umowy o pracę (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę przyjmującą wniosek).\*
2. Kopia umowy cywilno prawnej (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę przyjmującą wniosek).\*
3. Zaświadczenie potwierdzające formę i okres zatrudnienia (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę przyjmującą wniosek)\* oraz wysokość osiąganego wynagrodzenia w przypadku podjęcia zatrudnienia w wyniku skierowania przez Urząd Pracy.

**\*niepotrzebne skreślić**