…………………………………………………

(imię i nazwisko )

………………………………………………..

(adres zamieszkania)

……………………………………………….

(tel. kontaktowy)

……………………………………………….

(e-mail kontaktowy)

**Agencja Rozwoju Regionalnego „ARES” S.A.**w Suwałkach

**Biuro Projektu „Aktywna integracja szansą na przyszłość”**

ul. Osiedle II 6A; 16-400 Suwałki

W odpowiedzi na ogłoszenie o naborze dotyczącym świadczenia usług socjoterapeutycznych
w projekcie „Aktywna integracja szansą na przyszłość” realizowanym na terenie miasta Suwałki oraz powiatów suwalskiego, sejneńskiego i augustowskiego realizowanego przez Agencję Rozwoju Regionalnego „ARES” S.A. (w ramach Działania 7.1 Rozwój działań aktywnej integracjiRegionalnego Programu operacyjnego Województwa podlaskiego na lata 2014-2020współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego **oświadczam, iż jestem zainteresowany/a podjęciem współpracy na stanowisku socjoterapeuty**

* **w powiecie**.......................................………….
* **proponowana przeze mnie stawka godzinowa wynagrodzenia za pracę na umowę zlecenie wynosi…………………zł brutto** (słownie:………………………………………………………………………………zł/brutto)
* **doświadczenie jako socjoterapeuta** ……………………………………….(ilość miesięcy/liczba godzin)

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis)

Załączniki:

1. ……………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE DO CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH I PODATKOWYCH**

Nazwisko ................................................................ Nazwisko rodowe…..............................................................

Imię pierwsze ......................................................... Imię drugie..........................................................................

Imię ojca .................................................................. Imię matki...........................................................................

Data i miejsce urodzenia........................................................................................................................................

PESEL ................................................................ Numer telefonu do kontaktu: …………………………………………………..

Miejsce zameldowania..........................................................................................................................................................

Gmina- dzielnica: ………………………………województwo: …………………………………………… powiat: ….…………………………

Adres zamieszkania /do korespondencji\* ………………………………………….......................................................................................................................................

Urząd Skarbowy:……................................................................................................................................................

Oddział NFZ: ............................................................................................................................................................

Oświadczam, że:

**1)** jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w: ……………………………………………………………............ ...................................................................................................................................................................................

i moje wynagrodzenie za pracę z tytułu w/w stosunku pracy **jest / nie jest\*** wyższe od minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w .............................. roku.

**2)** pracuję na podstawie umowy zlecenie zawartej na okres od ………..……….………………… do ………………………….……………... i z tytułu zawartej umowy zlecenia **uzyskuję / nie uzyskuję \*** co najmniej minimalne wynagrodzenie w każdym miesiącu od którego **są odprowadzane** / **nie są odprowadzane\*** składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

**3) prowadzę / nie prowadzę\*** działalność gospodarczą ...........................................................................................

.......................................................................... i **są odprowadzane** / **nie są odprowadzane\*** z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne **na zasadach ogólnych (pełny ZUS) / na zasadach preferencyjnych\*** .

**4) nie jestem / jestem\*** uprawniony(a) do **emerytury\*, renty\*** ustalonej decyzją oddziału ZUS z dnia ............................... znak: ...........................................

**5) Posiadam / nie posiadam \*** ustalone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli tak to podać jakie) …………………………………………………….

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na dobrowolne potrącanie z należnego mi wynagrodzenia składki na ubezpieczenie społeczne\* oraz ubezpieczenie chorobowe\*.**

**\* niepotrzebne skreślić**

Oświadczam, że powyższe dane wypełniłem(łam) zgodnie z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 247 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian identyfikacyjnych lub zmian mających wpływ na tytuł ubezpieczenia, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Zarząd Agencji Rozwoju Regionalnego „ARES” S.A. w Suwałkach.

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Agencję Rozwoju Regionalnego „ARES” S.A. w Suwałkach zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

Powyższe dane osobowe są objęte ochroną prawną i będą wykorzystywane tylko do rozliczeń podatku dochodowego od osób fizycznych oraz do celów ubezpieczeniowych. Agencja Rozwoju Regionalnego „ARES” S.A. w Suwałkach zapewnia ochronę prawną powyższych danych na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

Suwałki, dnia ................................... ...............................................................

 Czytelny podpis