

....., dn.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
PESEL

.....
(telefon)

**Powiatowy Urząd Pracy w
Nowym Dworze Gdańskim**

**OŚWIADCZENIE O UTRACIE ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY
ZAROBKOWEJ LUB ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA
DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- utraciłem/am zatrudnienie w dniu*
- zaprzestałem/am wykonywania innej pracę zarobkowej w dniu*
- zaprzestałem prowadzenia działalności gospodarczej w dniu*

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

* właściwe zaznaczyć

Niniejsze oświadczenie należy przedłożyć do Urzędu w terminie 7 dni od dnia utraty zatrudnienia innej pracy zarobkowej lub zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej.