Nazwisko i imię …….....…….. Góra, dnia ……

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Powiatowy Urząd Pracy
w Górze

Zgodnie z art. 74 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz.U.2023.735 ze zm.) bezrobotny jest obowiązany zawiadomić w ciągu 7 dni urząd pracy o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, lub o złożeniu wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego.

W związku z powyższym oświadczam że, od dnia: (*dzień-miesiąc-rok*) ……..……

Podjąłem(-am) pracę ..... w firmie: .....

.....

z własnej inicjatywy; za pośrednictwem powiatowego urzędu pracy;

na podstawie: umowy o pracę; umowy zlecenie; umowy o dzieło

(należy dołączyć kopię zawartej umowy)

podjąłem(-am) działalność gospodarczą;

wznowiłem(-am) działalność gospodarczą (po okresie jej zawieszenia*);

otrzymałem(-am) jednorazowe środki na podjęcie działalności lub pożyczkę;

rezygnuję ze statusu osoby bezrobotnej;

rozpoczynam obowiązkowe szkolenie wojskowe;

rozpoczynam szkolenie lub staż organizowany przez inny podmiot niż powiatowy urząd pracy;

przyznano mi emeryturę*/świadczenie przedemerytalne*;
(należy dołączyć decyzję o przyznaniu prawa do emerytury lub świadczenia)

przyznano mi rentę z tytułu niezdolności do pracy* /rodzinną*/ socjalną*szkoleniową*;
(należy dołączyć decyzję o przyznaniu renty)

przyznano mi świadczenie pielęgnacyjne*/ zasiłek dla opiekunów*;
(należy dołączyć decyzję o przyznaniu świadczenia)

przyznano mi zasiłek stały;
(należy dołączyć decyzję o przyznaniu świadczenia)

uzyskuję przychód miesięcznie w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę;

podjąłem(-am) naukę w systemie dziennym

Przyjmuje do wiadomości, że:

1. Tracę status osoby bezrobotnej oraz prawo do zasiłku (*w przypadku osób pobierających zasiłek*).
2. W razie podjęcia pracy na okres krótszy niż 365 dni, w celu przywrócenia prawa do zasiłku jestem zobowiązany do zgłoszenia się w Powiatowym Urzędzie Pracy w terminie **14 dni** od daty zakończenia pracy (dotyczy osób, które nie wyczerpały okresu pobierania zasiłku).

…….. ……

data i podpis pracownika PUP podpis osoby bezrobotnej

wybierz właściwe i zaznacz - X

* wybierz właściwe i podkreśl