

Piotrków Trybunalski, dnia

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES ZAMIESZKANIA

OŚWIADCZENIE

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany/a z treścią art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który brzmi „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Kółkiem zakreśl właściwą odpowiedź

1. Czy jest Pan/i **właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym*** nieruchomości rolnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny?

TAK NIE

- proszę podać **ilość ha przeliczeniowych**

2. Czy **współmałżonek** jest **właścicielem / dzierżawcą / posiadaczem *** nieruchomości rolnej ?

TAK NIE

- proszę podać **ilość ha przeliczeniowych**

3. Czy podlega Pan/i ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu stałej pracy **jako współmałżonek lub domownik** w gospodarstwie rolnym?

TAK NIE

- proszę podać **ilość ha przeliczeniowych**

4. Otrzymałem/am **odszkodowanie za skrócony okres wypowiedzenia** (za okres))

TAK NIE

5. Czy uzyskuje Pan/i (**lub współmałżonek**) miesięcznie **przychód w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę**, z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych (np. **dzierżawa, najem lokalu, ...**)?

TAK NIE

(podać kwotę, z jakiego tytułu)

6. Czy pobiera Pan/i **rentę rodzinną (przyznaną przez polski lub/i zagraniczny organ rentowy)** w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę ?

TAK NIE

7. Czy Pan/i pobiera na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów **zasiłek dla opiekuna ?**

TAK NIE

8. Czy korzysta Pan/i ze **świadczeń z pomocy społecznej?**

TAK NIE

9. Czy posiada Pan/i **co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia ?**

TAK NIE

10. Czy Pan/i **posiada co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia?**

TAK NIE

11. Czy sprawuje Pan/i **opiekę nad osobą zależną?**

TAK NIE

osoba zależna - oznacza to osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączonej więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.

12. Czy podlega Pan/i, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników?

TAK NIE

13. Czy pobiera Pan/i zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński?

TAK NIE

14. Czy ukończył/a Pan/i **studia w systemie dziennym i został określony termin obrony pracy dyplomowej?**

TAK NIE

.....
(podpis pracownika PUP)

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

* zakreśl właściwe