Wschowa, dnia ………………..

**……………………………………….**

**Nazwisko i imię**

**………………………………………**

**Pesel**

**WNIOSEK O DOKONANIE REJESTRACJI JAKO BEZROBOTNEGO**

Wnoszę o uznanie mnie za osobę bezrobotną i jednocześnie oświadczam, że:

zaznaczyć X

**TAK NIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jestem osobą:  **zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy** obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej. |  |  |
|  | Jestem osobą:  **niepełnosprawną zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia** co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy (\*należy przedłożyć do wglądu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności). |  |  |
|  | Przebywam na zwolnieniu lekarskim (ZUS ZLA). |  |  |
|  | Jestem osobą zatrudnioną w ramach umowy o pracę ( w pełnym / niepełnym wymiarze czasu pracy). |  |  |
|  | Jestem osobą wykonującą inną pracę zarobkową (tj. umowę zlecenie, umowę o dzieło, umowę agencyjną, umowę o świadczenie usług, do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu, umowę o pomocy przy zbiorach, lub w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych). (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Kształcę się na studiach w systemie stacjonarnym tj. dziennym  **TAK / NIE**  ……………………………………………………………………………………………………………………  Kształcę się na studiach w systemie niestacjonarnym tj. zaocznie **TAK / NIE** |  |  |
|  | Jestem wpisana(y) do CEIDG jako osoba prowadząca działalność gospodarczą. |  |  |
|  | Zawiesiłam(łem) wykonywanie działalności gospodarczej (tj. zgłosiłam(łem) do CEIDG wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa). |  |  |
|  | We wniosku o wpis do CEIDG określiłam(em) dzień podjęcia działalności gospodarczej i nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia tej działalności. |  |  |
|  | Jestem osobą tymczasowo aresztowaną / odbywam karę pozbawienia wolności\*. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Nabyłem zasiłek stały (na podstawie ustawy o pomocy społecznej). |  |  |
|  | 1. Jestem członkiem zarządu / prokurentem / członkiem rady nadzorczej / likwidatorem spółki kapitałowej\* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (\*niepotrzebne skreślić) TAK NIE 2. Jestem prokurentem, zarządca sukcesyjnym lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu Prawa Przedsiębiorców TAK NIE |  |  |
|  | Jestem wspólnikiem spółki jawnej / partnerem lub członkiem zarządu w spółce partnerskiej / komplementariuszem w spółce komandytowej / komplementariuszem lub członkiem rady nadzorczej w spółce komandytowo – akcyjnej / prokurentem lub likwidatorem spółki osobowej\* w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych. (\*niepotrzebne skreślić) |  |  |
|  | Jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w oddziale 4 Rozdziału 3 KSH. |  |  |
|  | Podlegam, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczeń społecznych. |  |  |
|  | Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia lub obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w państwach m.in. UE, EOG, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. |  |  |
|  | Prowadzę działalność gospodarczą w innym państwie na podstawie zgłoszenia do rejestru lub bez takiego zgłoszenia, jeżeli prawo danego państwa takiego zgłoszenia nie wymaga. |  |  |
|  | **Posiadam stałe źródło dochodu:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a) | Nabyłem(łam) prawo do **emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę lub świadczenia pieniężnego**, o którym mowa w ustawie z dnia 8 lutego 2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy. |  |  |
| b) | Nabyłam(łem) po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności, prawo do **nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego**. |  |  |
| c) | Nabyłam(łem) prawo **do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznanego przez zagraniczny organ** emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy. |  |  |
| d) | **Uzyskuje miesięcznie przychód** w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. z tytułu wynajmu mieszkania, lokalu, garażu, innych). |  |  |
| e) | Nabyłam(łem) prawo do **świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego** (na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych). |  |  |
| f) | Nabyłam(łem) prawo do **zasiłku dla opiekuna** (na podstawie ustawy o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów). |  |  |
| g) | Pobieram po ustaniu zatrudnienia **świadczenie szkoleniowe.** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **21.** | **Jestem wpisany(a) do KRS** - Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców / Stowarzyszeń / innej organizacji społecznej i zawodowej / Fundacji / ZOZ. (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
|  | **Odbywam odpłatną praktykę absolwencką** i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę. | | |  |  |
|  | W **innym Urzędzie Pracy posiadam status bezrobotnego / poszukującego pracy**\*. (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
|  | Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu (np. w KRUS, z tytułu pobierania renty rodzinnej, z tytułu zasądzonych alimentów\*). (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
|  | Jestem **opiekunem osoby niepełnosprawnej**. | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| 1. **2.** | Jestem osobą **samotnie wychowującą dziecko**. | | |  |  |
| 1. **2.** | Mój współmałżonek posiada statusu bezrobotnego / poszukującego pracy\*. (\*niepotrzebne skreślić) | | |  |  |
| 1. **2.** | Posiadam **Kartę Dużej Rodziny**. | | |  |  |
|  | Posiadam **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**.   * lekki * umiarkowany Symbol ……… * znaczny | | |  |  |
|  | Jestem właścicielem lub posiadaczem (zależnym lub samoistnym) nieruchomości rolnej lub gospodarstwa stanowiącego dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów podatkowych:   1. osiągam dochód TAK / NIE 2. nie osiągam dochodu TAK / NIE | | |  |  |
|  | Liczba dzieci na utrzymaniu ………………. Daty urodzenia:……………………………………………………… | | | | |
|  | Stan cywilny (\*zaznaczyć właściwe) | | | | |
|  | * panna / kawaler * wdowa / wdowiec | * mężatka / żonaty * rozwiedziona(y) | * w separacji * małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich lub odbywa karę pozbawienia wolności\* (niepotrzebne skreślić) | | |

**INFORMACJE ADRESOWE I DANE KONTAKTOWE  
  
Pouczenie:**Zgodnie z brzmieniem art. 41 § 1 i 2 KPA *„W toku postępowania, Strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego"*. *„W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny."*

|  |
| --- |
| **1. Moje miejsce zameldowania stałego:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  **2. Moje miejsce zamieszkania:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  **3. Moje miejsce zameldowania tymczasowego:**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **4. Adres do korespondencji** :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **5. Numer telefonu** : ………………………………………………………….. |
| **6. Adres elektroniczny** (np. e-doręczenia, poczta elektroniczna) :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**INFORMACJE dot. WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI** **ZAWODOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadam wykształcenie** | | |
| * brak * podstawowe * gimnazjalne * branżowe (I / II stopnia) | * zawodowe * średnie zawodowe * średnie ogólnokształcące * policealne | * wyższe I stopnia * wyższe II stopnia * podyplomowe * doktoranckie |
| **Zawód wyuczony**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **Zawód wykonywany**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **Zawód, w którym chcę pracować**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **Posiadam znajomość** **języków** (\*wpisać jakie) i stopień znajomości języków obcych (A1–początkujący, A2–niższy średniozaawansowany, B1–średnio zaawansowany, B2–wyższy średnio zaawansowany, C1–zaawansowany, C2-biegły):  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **Posiadam ukończone kursy / szkolenia** | * TAK\* (wpisać poniżej) | * NIE |
| wymienić jakie:……………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  Posiadam / nie posiadam **książeczkę do celów sanitarno-epidemiologicznych** (właściwe podkreślić) | | |
| **Posiadam prawo jazdy** | * TAK\* (podkreślić poniżej) | * NIE |
| Kategoria: A B C D T (inne: B B+E C1 C1+E C+E D1 D1+E D+E) | | |

**Pracowałam(łem) za granicą** : TAK / NIE (właściwe zaznaczyć)

Wykonywałem(am) **pracę za granicą** (proszę podać każdy okres zatrudnienia, umowę o pracę lub pracy na własny rachunek oraz zawód, który wykonywano czasie tego zatrudnienia):

w okresie od............................. do....................................... w zawodzie :.........................................................;

w okresie od............................. do....................................... w zawodzie :.........................................................;

w okresie od............................. do....................................... w zawodzie :.........................................................;

**Kierunki szkoleń jakimi jestem zainteresowany(a):** ……………………………………………………………………………...

**Wyrażam zainteresowanie podjęciem zatrudnienia w państwach UE / EOG**

* TAK
* NIE

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES**

* TAK
* NIE

Zostałem(łam) pouczona(y) o konieczności zawiadomienia PUP za pośrednictwem formularza elektronicznego, udostępnionego w sposób określony w art. 55 ust. 2 pkt 1 albo osobiście w PUP, w którym jest zarejestrowany o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia.

**………………………………………..**

**data i podpis osoby bezrobotnej**

**Proszę o przekazywanie na mój rachunek bankowy**:

**pełna nazwa banku:**

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

**nr rachunku:**

🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌

całości należnych mi świadczeń przyznanych na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia /dotyczyć może zasiłku dla bezrobotnych, stypendium, dodatku aktywizacyjnego, kosztów przejazdu/.

**….…………………………………..**

**data i podpis osoby bezrobotnej**

***Za błędnie podany numer konta PUP Wschowa nie ponosi odpowiedzialności.***

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

* jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej / osobą niepełnosprawną, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy
* nie mam stałego źródła dochodu.

Informacje i dane przedstawione we wniosku o rejestrację jako bezrobotny składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń:

***„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.”***

**……………………………………….** **data i podpis osoby bezrobotnej**

**OŚWIADCZENIE**

**W związku z tym, że na dzień dokonywania rejestracji nie posiadam wszystkich niezbędnych dokumentów umożliwiających mi ustalenie uprawnień i przyznanie zasiłku dla bezrobotnych** zostałam(łem) pouczona(y) iż ***„****w przypadku udokumentowania przez bezrobotnego okresu uprawniającego do zasiłku po dniu zarejestrowania się w PUP, jednak w okresie posiadania statusu bezrobotnego,* ***prawo do zasiłku przysługuje od dnia udokumentowania tego prawa*** *na okres, o którym mowa w art. 225 ust. 1” – podstawa prawna art. 221 Ustawy.*

**Brakujące dokumenty**:

* świadectwo/a pracy ………………………………………………………………………………………………………..
* zaświadczenie z ZUS dot. opłacania składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej
* zaświadczenie z ZUS dot. pobieranego zasiłku macierzyńskiego / chorobowego / rehabilitacyjnego po ustaniu zatrudnienia
* zaświadczenie o wynagrodzeniu w rozbiciu na poszczególne miesiące z tytułu zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy
* zaświadczenie o podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy z tytułu świadczenia usług w ramach umowy zlecenie (w rozbiciu na poszczególne miesiące)
* zaświadczenie z ZUS o podstawach wymiaru składek z tyt. zatrudnienia / umowy zlecenie
* dokument potwierdzający pobieranie renty / świadczenia pielęgnacyjnego / zasiłku dla opiekuna
* wyrok / postanowienie Sądu (dot. rozwodu / separacji / pozbawienia praw rodzicielskich małżonka)
* akty urodzenia dzieci
* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
* wypowiedzenie umowy o pracę / porozumienie o rozwiązaniu umowy o pracę
* orzeczenie lekarskie dla celów sanitarno-epidemiologicznych
* kursy, szkolenia, certyfikaty, dyplomy, suplementy, świadectwo maturalne

inne: …………………………………………………………………………………………………………………………

**……………………………………….**

**data i podpis osoby bezrobotnej**

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO URZĘDU PRACY WE WSCHOWIE:**

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy że:*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowy Urząd Pracy we Wschowie reprezentowany przez Dyrektora Urzędu z siedzibą w: ul. Staroleszczyńska 13,13a, 67 – 400 Wschowa, tel.: 65 549 74 24, e – mail: ziws@praca.gov.pl
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): Tomasz Wadas; e - mail: [iodo@pupwschowa.pl](mailto:iodo@pupwschowa.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: wypłaty świadczeń, aktywizacji, realizacji ubezpieczenia społecznego oraz wykonywania przez PUP innych obowiązków i zadań wynikających z przepisów prawa .
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest:

* art. 6 pkt.1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
* Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
* art. 9 pkt.2 lit. a – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na ich przetwarzanie – dostarczyła z własnej inicjatywy dokumenty do PUP zawierające dane osobowe wykraczające poza zakres wymagany przepisami prawa.

1. Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, oraz przez okres wynikający z przepisów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych tj. 50 lat.
3. Posiada Pani/Pan prawo do edycji, wglądu, informacji o źródle pozyskania, sprzeciwu na dalsze przetwarzanie, a także prawo do bycia zapomnianym, chyba że w przepisach prawa wyraźnie wskazano inaczej lub żądanie stoi w sprzeczności z prawnie uzasadnionym interesem Administratora.
4. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, w Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.
6. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw trzecich (tj. państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego obejmującego Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię) lub do organizacji międzynarodowych.
7. Podanie danych jest wymogiem ustawowym w zakresie zadań wynikających z ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
8. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji przez PUP praw wynikających z ustawy w tym w szczególności rejestracji, wypłaty świadczeń, aktywizacji, realizacji ubezpieczenia społecznego.

**………………………………………………………. data i podpis osoby bezrobotnej**

**POUCZENIE**

Zostałem(łam) pouczona(y) że zgodnie z art. 10 Kodeksu Postępowania Administracyjnego (Dz.U z 2024 roku poz. 572) **mam prawo brać czynny udział w każdym stadium postępowania, mogę wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów, a także przysługuje mi prawo do zapoznania się z aktami sprawy.**

W myśl bowiem:

**Art. 7 KPA** *„W toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli”*

**Art. 8 KPA** *§  1. Organy administracji publicznej prowadzą postępowanie w sposób budzący zaufanie jego uczestników do władzy publicznej, kierując się zasadami proporcjonalności, bezstronności i równego traktowania.§  2. Organy administracji publicznej bez uzasadnionej przyczyny nie odstępują od utrwalonej praktyki rozstrzygania spraw w takim samym stanie faktycznym i prawnym.*  
**art. 9 KPA** *„Organy administracji publicznej są obowiązane do należytego i wyczerpującego informowania stron  o  okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania administracyjnego”.*   
**art.  10 § 1 KPA** *„Organy administracji publicznej obowiązane są zapewnić stronom czynny udział w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwić im wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań”.*  
**art.  73 § 1** **KPA** *„Strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo  to przysługuje również po zakończeniu postępowania”.*

**…………………………………………………………………..**

**data i podpis osoby bezrobotnej**

**WYPEŁNIA PRACOWNIK PUP :**

**REJESTRACJA NASTĄPIŁA W OPARCIU O DANE POZYSKANE Z SYSTEMU TELEINFORMATYCZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| **ZUS (U1)** |  |  |
| **KRUS** |  |  |
| **AC** |  |  |
| **CEIDG** |  |  |
| **KRS** |  |  |
| **KARTA DUŻEJ RODZINY** |  |  |

**Posiadany status** (dot. cudzoziemca)………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………

podpis pracownika PUP dokonującego rejestracji

i sprawdzenia w ww. systemach

**WYPEŁNIA PRACOWNIK DOKONUJĄCY SPRAWDZENIA MERYTORYCZNEGO REJESTRACJI I UPRAWNIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| data rejestracji |  | |  | | zasiłek po karencji | | * TAK * NIE | |
| data udokumentowania zasiłku |  | |  | | okres uprawniający do zasiłku  (ogółem staż pracy) | |  | |
| okres zaliczany do nabycia zasiłku (w 18 miesiącach) |  | |  | | przyznana wysokość zasiłku dla bezrobotnych | | * 100% * 120% | |
| powrót na dopełnienie zasiłku w ramach art. 226 ust.1,2,3  (art. 73 ust. 5 lub 7 stara ustawa) | * TAK * NIE | |  | | status osoby samotnie wychowującej dziecko | | * TAK * NIE | |
| praca za granicą mająca wpływ na wysokość zasiłku | * TAK * NIE | |  | | karta dużej rodziny | | * TAK * NIE | |
| dłużnik alimentacyjny | * TAK * NIE | |  | | niepełnosprawność | | * TAK * NIE | |
|  | |  | |  | |  | |  |
| długość zasiłku dla bezrobotnych | | * 180 * 365   z uwagi na   * niepełnosprawność * bycie członkiem rodziny wielodzietnej posiadającej Kartę Dużej Rodziny * wiek powyżej 50. roku życia i 20 lat stażu pracy * samotne wychowywanie co najmniej jednego dziecka w wieku do 18. roku życia * samotne wychowywanie dziecka niepełnosprawnego do 24. roku życia, kontynuującego naukę w szkole lub uczelni i legitymującego się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności | | | | | | |

………………………………………………

podpis pracownika PUP