……………………………………………………………….

 **(Imię i nazwisko, adres osoby bezrobotnej)**

Przysucha dnia…………………......

…………………………………………………………….

………………………………………………………………

**PESEL** …………………………………………………

**OŚWIADCZENIE PRZERWANIU STAŻU**

Proszę, o przerywanie odbywania stażu w………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

Nr umowy …………………………………. z dnia ………………………….....

Z powodu…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………….

Ostatnim dniem odbywania stażu był dzień ……………………………………..

* W przypadku **nieukończenie stażu z własnej winy**, z wyjątkiem podjęcia zatrudnienia, zostanie Pan/i/ pozbawiony/a/ statusu bezrobotnego na okres wskazany w ustawie z dnia 20kwiatnia 2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U 2021 poz.1100 t.j)
* W przypadku **podjęcia zatrudnienia** należy dostarczyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Przysusze kopię umowy o pracę, umowy zlecenia lub innego dokumentu potwierdzającego fakt zatrudnienia w ciągu **7 dni.**

……………………………………………….

**/data i podpis osoby bezrobotnej/**

**Wyrażam zgodę na przerwanie stażu Pana /Pani………………………………………**

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

**/data i podpis Dyrektora PUP/ /pieczątką , data i podpis Pracodawcy/**