*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji uczestników projektu* projektu *„Nowa szansa transformacja - kompleksowe wsparcie Outplacementowe”*

……………………………

Miejscowość, data

……………………………………

Pieczątka zakładu pracy

**ZAŚWIADCZENIE ZAKŁADU PRACY O ZWOLNIENIACH PRACOWNIKÓW**

……………………………………………………………………… zaświadcza, że w okresie\* ……………………………………..  
 /nazwa zakładu pracy/ /data/

* dokonał/a rozwiązania stosunku pracy i/lub służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników zgodnie z:

1. ustawą z dnia 13 marca 2003 roku o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (t. jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1969, z późn. zm.)\*
2. przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks Pracy (t. jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) – w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników\*

albo

* dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych\*.

Jednocześnie zaświadcza się, że Pan/Pani ……………………………………………………….. zatrudniony jest   
 /imię i nazwisko pracownika/

w ……………………………………………………….………………na podstawie stosunku pracy /stosunku służbowego\*

/nazwa zakładu pracy/

zawartego na czas nieokreślony/określony do dnia …………………… \*.

Zaświadczenie wydane na potrzeby projektu w ramach Działania FE SL 10.20 Wsparcie na założenie działalności gospodarczej Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (numer projektu: FESL.10.20-IP.02-07B0/23).

………………………………………………………………

podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania zakładu pracy