

**A.****WNIOSEK O REJESTRACJĘ OSOBY BEZROBOTNEJ**

(bezrobotny wypełnia dane zamieszczone na jasnym tle drukowanymi literami)

|                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                       |                           |                                                                                                                      |                                                                                                                       |                                                                                                                                           |  |                                                              |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1. PESEL: <input type="text"/><br>W przypadku braku PESEL proszę wypełnić pola nr 4. 5. i 6.                                                                                                                            |  |                                                                                       |                           | 2. Numer rachunku bankowego w celu przekazywania przyznanych świadczeń:<br><input type="text"/>                      |                                                                                                                       |                                                                                                                                           |  |                                                              |  |  |  |
| 3. Nazwisko: .....<br>Imię (imiona): .....                                                                                                                                                                              |  |                                                                                       |                           | 4. Płeć:<br><input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna                                   |                                                                                                                       | 5. Data i miejsce urodzenia<br>Data: .....<br>Miejsce: .....                                                                              |  | 6. Dokument tożsamości<br>Rodzaj: .....<br>Seria i nr: ..... |  |  |  |
| 7. Data rejestracji:<br>.....<br>Rejestrowany po raz: .....                                                                                                                                                             |  | 8. Obywatelstwo:<br>.....                                                             | 9. Stan cywilny:<br>..... | 10. Liczba dzieci na utrzymaniu:<br>.....                                                                            | 11. Adres zamieszkania:<br>.....<br>Kod pocztowy ..... Miejscowość .....<br>Ulica ..... nr domu ..... nr mieszk. .... |                                                                                                                                           |  |                                                              |  |  |  |
| 12. Dane kontaktowe:<br>Telefon: .....<br>e-mail: .....<br>Inne dane (ePUAP, adres e-doręczeń): .....                                                                                                                   |  |                                                                                       |                           | 13. Adres do doręczeń:<br>.....<br>Kod pocztowy ..... Miejscowość .....<br>Ulica ..... nr domu ..... nr mieszk. .... |                                                                                                                       |                                                                                                                                           |  |                                                              |  |  |  |
| 14. Poziom wykształcenia:<br>1. ....<br>2. ....<br>3. ....                                                                                                                                                              |  | 15. Nazwy ukończonych szkół (uczelni) – miejscowość:<br>1. ....<br>2. ....<br>3. .... |                           |                                                                                                                      | 16. Zawód wyuczony:<br>.....<br>17. Zawód ostatnio wykonywany:<br>.....                                               |                                                                                                                                           |  |                                                              |  |  |  |
| 18. Znajomość języków obcych: *<br><small>Stopień znajomości języka: 1 – początkujący, 2 – niższy średnio zaawansowany, 3 – średnio zaawansowany, 4 – zaawansowany, 5 – biegły</small><br>1. ....<br>2. ....<br>3. .... |  | 19. Posiadane uprawnienia zawodowe:<br>1. ....<br>2. ....<br>3. ....<br>4. ....       |                           | 20. Zawód oczekiwany:<br>1. ....<br>2. ....<br>3. ....<br>4. ....                                                    |                                                                                                                       | 21. Oczekiwane kierunki szkoleń:<br>1. ....<br>2. ....<br>22. Jestem zainteresowany/a rozpoczęciem działalności gospodarczej: TAK / NIE** |  |                                                              |  |  |  |

\* proszę wpisać język i określić stopień znajomości zgodnie z podaną skalą

\*\* niepotrzebne skreślić

B.

| 23. OKRES ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ, DZIAŁALNOŚCI I INNE OKRESY                                                                                          |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------|-------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| (w przypadku kolejnej rejestracji należy wpisać tylko nowe okresy, które wystąpiły po ostatnim wyrejestrowaniu)                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
| Okres                                                                                                                                                               |    | Nazwa pracodawcy – podmiotu gospodarczego | Miejscowość | Podstawa wykonywania pracy * | Ostatnio zajmowane stanowisko | Wymiar czasu pracy |
| od                                                                                                                                                                  | do |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
|                                                                                                                                                                     |    |                                           |             |                              |                               |                    |
| 24. Ostatni stosunek pracy (stosunek służbowy) w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zarejestrowanie został rozwiązany (proszę zaznaczyć odpowiednie): |    |                                           |             |                              |                               |                    |
| 1. za moim wypowiedzeniem                                                                                                                                           |    | TAK / NIE                                 |             |                              |                               |                    |
| 2. na mocy porozumienia stron                                                                                                                                       |    | TAK / NIE                                 |             |                              |                               |                    |
| 3. przez pracodawcę bez wypowiedzenia z mojej winy                                                                                                                  |    | TAK / NIE                                 |             |                              |                               |                    |

Oświadczam, że jestem zdolny/a i gotowy/a do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu lub w przypadku osoby niepełnosprawnej co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub w danej służbie albo innej pracy zarobkowej.

C. OŚWIADCZENIE BEZROBOTNEGO

1. Jestem osobą niezatrudnioną i niewykonyującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia:
- a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie\*
  - b) w połowie wymiaru czasu pracy, gdyż jestem osobą niepełnosprawną lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze\*
2. Nie uczę się w szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych, branżowej szkoły II stopnia w formie stacjonarnej lub zaocznej, w szkole policealnej w formie stacjonarnej lub zaocznej lub przystępuję do egzaminu eksternistycznego z zakresu tych szkół.
3. Nie uczę się w szkole, z wyjątkiem szkoły artystycznej realizującej wyłącznie kształcenie artystyczne.
4. Nie posiadam stałego źródła dochodu. Stałe źródło dochodu oznacza:
- a) nabycie prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, 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 lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia (Dz. U. poz. 658), zwanego dalej „świadczeniem pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych”, lub renty inwalidzkiej przyznawanej na podstawie ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2024 r. poz. 1121, 1243, 1562 i 1871) lub ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2025 r. poz. 305),
  - b) nabycie po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności, prawa do nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego,
  - c) nabycie prawa 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, o których mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
  - d) uzyskiwanie miesięcznie przychodu 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 lub rachunkach członka spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej,
  - e) nabycie na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 323, 858, 1615 i 1871 oraz z 2025 r. poz. 619, 620) prawa do świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego,
  - f) nabycie na podstawie ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. z 2024 r. poz. 246) prawa do zasiłku dla opiekuna,
  - g) pobieranie po ustaniu zatrudnienia świadczenia szkoleniowego, o którym mowa w art. 217 ust. 6.
5. Nie jestem członkiem zarządu, prokurentem, członkiem rady nadzorczej lub likwidatorem spółki kapitałowej.
6. Nie jestem prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.
7. Nie jestem współnikiem 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.
8. Nie jestem dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w art. 300<sup>73</sup> ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych.
9. Nie jestem wpisany(a) do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej jako osoba prowadząca działalność gospodarczą.
10. We wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określiłem(łam) dzień podjęcia działalności gospodarczej i nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia tej działalności.
11. Zgłosiłem do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wniosek o zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia nadal trwa.
12. Nie prowadzę działalności gospodarczej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie.
13. Nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników).
14. Nie jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub nie odbywam kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.
15. Nie uzyskuję miesięcznie przychodu 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 lub rachunkach członka spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej.
16. Nie nabyłem(am) prawa do zasiłku stałego.
17. Nie otrzymałem(am) środków z Funduszu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub inne środki publiczne na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej lub na założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej.
18. Nie rozpocząłem(am) realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym lub nie podpisałem(am) kontraktu socjalnego.
19. Otrzymałem(am) jednorazowy ekwiwalent pieniężny za urlop górniczy TAK / NIE \*  
jednorazową odprawę socjalną, zasiłkową, pieniężną po zasiłku socjalnym TAK / NIE \*  
jednorazową odprawę socjalną TAK / NIE \*  
odprawę pieniężną bezwarunkową TAK / NIE \*  
odszkodowanie za skrócony okres wypowiedzenia TAK / NIE \*  
przy czym upłynął okres, za jaki został wypłacony ww. ekwiwalent lub odprawa
20. Nie jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy.
21. Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego zasiłku, stypendium lub innego świadczenia pieniężnego finansowanego z Funduszu Pracy w przypadku otrzymania za ten sam okres emerytury, świadczenia przedemerytalnego, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, renty socjalnej, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli organ rentowy, który przyznał świadczenie, nie dokonał stosownych potrąceń.
22. Zobowiązuję się do zawiadamiania powiatowy urząd pracy osobiście o wszelkich zmianach w danych przekazanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia oraz do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, w przypadku niespełnienia warunków wymienionych w ustawie.
23. Zostałem(łam) pouczony(na) o obowiązku:
- a) składania lub przysyłania pisemnego oświadczenia o przychodach - pod rygorem odpowiedzialności karnej - oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczeń przewidzianych w ustawie w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów,
  - b) utrzymania kontaktu z PUP co najmniej raz na 90 dni w celu potwierdzenia zainteresowania pomocą określoną w ustawie,
  - c) zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o zamierzonym pobycie za granicą,
  - d) powiadomienia powiatowego urzędu pracy o udziale - bez skierowania starosty - w szkoleniu finansowanym z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych, organizowanym przez inny podmiot niż PUP w terminie 7 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia,
  - e) przedstawienia zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby lub opieki nad chorym członkiem rodziny na druku określonym w odrębnych przepisach, w przypadku niezdolności do pracy wskutek choroby, z wyjątkiem odbywania leczenia w zamkniętym ośrodku odwykowym.
24. Przekazane uprzednio dane uległy / nie uległy zmianie. \*
25. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich zlecenie.
26. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(podpis pracownika powiatowego  
urzędu pracy)

(data)

(czytelny podpis bezrobotnego)

\* Niepotrzebne skreślić

**D.**

Oczekiwania aktywizacyjne:

1. Wymiar czasu pracy: .....  
(pełny etat, niepełny etat)
2. Rodzaj zatrudnienia: .....  
(umowa o pracę, umowa zlecenia, umowa o dzieło, umowa agencyjna i inne)
3. Maksymalna odległość dojazdu do miejsca pracy: .....
4. Gotowość do podjęcia pracy w systemie zmianowym: TAK / NIE\*
5. Oczekiwana wysokość wynagrodzenia: .....
6. Nie posiadam zameldowania: TAK / NIE\*
7. Posiadam zameldowanie na terenie powiatu: .....
8. Jestem studentem studiów zaocznych na kierunku: .....

*Zostałem poinformowany/a o tworzeniu życiorysu zawodowego bezrobotnego w oparciu o dane, o których mowa w art. 47 ust. 2 pkt 1, 6-8, 10 i pkt 15 lit. b ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia.*

*Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na przekazywanie pracodawcom mojego życiorysu zawodowego.*

Na podstawie art. 85 ust. 3 ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 roku, poz. 620)

*Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES.*

Na podstawie art. 47 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 roku, poz. 620)

*Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o warunkach zachowania statusu bezrobotnego oraz o przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz o formach pomocy określonych w ustawie.*

.....  
(czytelny podpis bezrobotnego)

Wniosek złożony w dniu ..... kompletny / niekompletny\*

.....  
pieczęć i podpis pracownika