Golub-Dobrzyń ……………………………………..

…………………………………………………

Imię i nazwisko

……………………………………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………………………………………

Numer pesel

**Oświadczenie**

Na podstawie art.225 ust.2 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia ( jt. Dz. U. 2025r. poz.620) oraz art.29 ust.1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jt. Dz. U. z 2025r. poz.501) oraz art.180 § 1 i art.1821a § 1 ustawy z dnia 24 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy (jt. Dz. U. z 2025r. poz.271 z póżn.zm.) oświadczam, że spełniam warunki do przedłużenia prawa do zasiłku dla bezrobotnych o okres przysługiwania zasiłku macierzyńskiego przypadającego na okres:

*- urlopu macierzyńskiego (20 tygodni)*

*- urlopu rodzicielskiego (32 tygodnie)*

*tj. łącznie przez okres 52 tygodni (364 dni)*

Oświadczam, że mój małżonek/ojciec dziecka\* ……………………………………………………

Imię i nazwisko

nie będzie korzystał z powyższych świadczeń.

O wszystkich zmianach sytuacji faktyczno-prawnej mających wpływ na moje uprawnienia zobowiązuję się poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Golubiu-Dobrzyniu w terminie 7 dni.

……………………………………………………………………..

Czytelny podpis osoby bezrobotnej

\*Niepotrzebne skreślić