Imię i nazwisko: Końskie, dnia …….

……..

Adres:

……

…….

PESEL: …….

TELEFON:……

Powiatowy Urząd Pracy w Końskich

ul. Stanisława Staszica 2

26 - 200 Końskie

Zgłoszenie rozpoczęcia /wznowienia działalności gospodarczej

Oświadczam, że z dniem …… ☐rozpocząłem(am) / ☐wznowiłem(am) (*)

prowadzenie działalności gospodarczej pod numerem NIP:……

(*) **Proszę zaznaczyć właściwy przypadek.**

Pouczenie:

Zgodnie z art. 67 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia z dnia 20 marca 2025 r. (Dz. U. z 2025 roku, poz. 620 z późn. zm.), bezrobotny zawiadamia PUP o okolicznościach powodujących utratę statusu bezrobotnego w terminie 7 dni od daty ich wystąpienia.

……

(Data i czytelny podpis bezrobotnego)