

Dane albo pieczętka Pracodawcy

.....
(nazwa)

.....
(adres siedziby)

.....
(NIP)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam w imieniu swoim i Pracodawcy, co następuje:

1. **Zalegam / nie zalegam*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. **Zalegam / nie zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
3. **Posiadam / nie posiadam*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
4. **Podlegam / nie podlegam*** stosowaniu Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 117).
5. **Podlegam / nie podlegam*** stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
6. **Podlegam / nie podlegam*** stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
7. **Podlegam / nie podlegam*** stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
8. **Byłem(am) / nie byłem(am)*** karany(a) zakazem dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
9. Oświadczam, że **cięży / nie ciąży*** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy; podać numer decyzji komisji.
10. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
11. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.**
12. **Wszyscy pracownicy wskazani we wniosku są zatrudnieni na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.**
13. Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
14. **Zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia na piśmie Powiatowego Urzędu Pracy w Legionowie, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie legnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**
15. **Zapoznałem się z treścią „Zasad przyznawania pracodawcy środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Legionowie w 2025 roku” i zobowiązuję się do ich przestrzegania.**

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej
do reprezentowania pracodawcy
lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)