



Powiatowy Urząd Pracy  
w Piotrkowie Trybunalskim

**CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ**



97-300 Piotrków Trybunalski ul. Dmowskiego 27 tel. 0-44 649-53-44 wew. 138, 217, 219  
e-mail: [lopi@praca.gov.pl](mailto:lopi@praca.gov.pl), [lopi@pupp Piotrkow.p](mailto:lopi@pupp Piotrkow.p) www.piotrkowtrybunalski.praca.gov.pl

\_\_\_\_\_  
(pieczęćka pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że podane poniżej informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, iż w ramach umowy Nr \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_  
o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej w ramach pomocy  
publicznej przyznanej na zasadach de minimis, określonej w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013  
z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii  
Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r., str. 1).

zatrudniam/ zatrudniałem\* w pełnym wymiarze czasu pracy:

**1. na stanowisku** \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

a) \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię pracownika)

b) \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię pracownika)

c) \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię pracownika)

d) \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię pracownika)

występowały/ nie występowały\* urlopy bezpłatne łącznie w liczbie dni \_\_\_\_\_

**2. na stanowisku** \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

a) \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię pracownika)

b) \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię pracownika)

c) \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię pracownika)

d) \_\_\_\_\_ w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię pracownika)

występowały/ nie występowały\* urlopy bezpłatne łącznie w liczbie dni \_\_\_\_\_

W okresie trwania umowy należne wynagrodzenie dla w/w pracownika/ów zostało wypłacone oraz składki  
na ubezpieczenie społeczne od wynagrodzenia zostały odprowadzone do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.  
Zakupione w ramach refundacji wyposażenie/doposażenie stanowisk/a pracy znajdowało się w firmie i było  
wykorzystywane przez w/w pracownika/ów.

\_\_\_\_\_  
(data, podpis, pieczęćka osoby upoważnionej)

\* niepotrzebne skreślić