

Projekt pt. „ Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie węgrowskim(II)”
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Priorytetu VI

Fundusze Europejskie dla aktywnego zawodowo Mazowsza, Działania 6.1 Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

Załącznik nr 2 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

................................................................ Węgrów.................................................

 pieczątka firmowa wnioskodawcy

**O Ś** **W I A D C Z E N I E**

PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ\*

NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA\*

NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY\*

PRODUCENTA ROLNEGO\*

ŻŁOBKA\*

KLUBU DZIECIĘCEGO\*

PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE\*

 Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art.233 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności oświadczam co następuje:

1. Spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia
14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022r. poz. 243 z późn.zm.).
2. Spełniam warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023).
3. Zapoznałem/am się z zasadami Powiatowego Urzędu Pracy w Węgrowie w sprawie dokonywania refundacji kosztów doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy.
4. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy w tym udzielanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowalnych.
5. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji, otrzymam jakąkolwiek inną pomoc publiczną.
6. Otrzymałem/nie otrzymałem\* decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej
w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
7. Otrzymałem/nie otrzymałem\* pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych z innych źródeł.

 …..…….................................................

 (pieczątka i podpis wnioskodawcy)

**\* Niepotrzebne skreślić**