**Załącznik nr … do wniosku o przyznanie środków KFS – PUP ŻARY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane albo pieczątka Pracodawcy**:  …………………….…………  (nazwa)  …………………………….…  (adres siedziby)  …………………….…………  (NIP) |  |  |

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam,**

* że w ciągu ostatnich trzech lat 1):
* Pracodawca **nie otrzymał**\*środków stanowiących pomoc de minimis lub
* Pracodawca **otrzymał**\*środki stanowiące pomoc de minimis, wykazane poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **organ udzielający pomocy** | **podstawa prawna** | **dzień udzielenia pomocy**  **(dd.mm.rrrr)** | **wartość pomocy**  **w EUR** | **numer programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| **Łącznie w EUR** | | | |  | |

* że Pracodawca wraz z podmiotami powiązanymi w rozumieniu przepisów unijnych:
* **nie przekracza**\* przysługującego limitu środków, stanowiących pomoc *de minimis2)* lub
* **przekracza**\* przysługujący limit środków, stanowiących pomoc *de minimis2*).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

*\* niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć prawidłowe*

Od 1.01.2024r. obowiązuje nowe rozporządzenie UE nr 2023/2831 o pomocy de minimis, wg którego:

1. okresu 3 lat nie stanowi bieżący rok podatkowy i poprzedzające 2 lata podatkowe, ale minione 3 lata (3x365 dni),
2. limit pomocy w okresie 3 lat wynosi 300.000 EUR.