**Załącznik nr 3 – Rezerwa KFS**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O POMOC PUBLICZNĄ**

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

**1. oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających go lat:**

□ otrzymałem środki stanowiące pomoc *de minimis*\* w wysokości ………………………. zgodnie z poniższym zestawieniem

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **organ udzielający pomocy** | **podstawa prawna** | **dzień udzielenia pomocy** | **wartość pomocy w euro** | **numer programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |  |

□ nie otrzymałem środków stanowiących pomoc *de minimis*\*

**2.** **Oświadczam, że:**

□ otrzymałem inną pomoc publiczną\*

□ nie otrzymałem innej pomocy publicznej\*

w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis,

**3.** **Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia** **o uzyskaniu pomocy *de minimis* lub pomocy publicznej,** **jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Rypinie taką pomoc otrzymam.**

*\* zaznaczyć właściwe*

*……………………………………………………………..……………*

***data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej  
 do reprezentowania Pracodawcy***