**Załącznik nr 3a – Rezerwa KFS**

……………………………… ………………………………………

(pieczęć firmowa pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Nowy Rynek 14**

**87-500 Rypin**

**Oświadczenie**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, iż nie jestem beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej** (Dz. U. z 2023 r., poz. 702);

*„beneficjent pomocy – należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną”;*

………………………………..

(data, podpis i pieczęć Pracodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)