

*Załącznik nr 1 do wniosku o zawarcie umowy*

*o jednorazową refundację poniesionych kosztów z tytułu opłaconych składek*

*na ubezpieczenia społeczne*

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Ja niżej podpisany/a…………………………………………………….……………………….

(imię i nazwisko)

reprezentujący/a: ................................................................................................................

(pełna nazwa Wnioskodawcy)

Oświadczam, iż:

 \* W okresie 3 minionych lat (3x365 dni) przed dniem złożenia niniejszego wniosku **nie otrzymałem** pomocy *de minimis.*

 \* W okresie 3 minionych lat (3x365 dni) przed dniem złożenia niniejszego wniosku **otrzymałem** pomoc *de minimis* w kwocie ……………………euro\*\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy brutto w PLN** | **Wartość pomocy w EUR** | **Przeznaczenie pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Dane zawarte w tabeli zostaną zweryfikowane przez pracowników Urzędu Pracy Powiatu Krakowskiego za pośrednictwem Systemu Udostępniania Danych o Pomocy Publicznej (SUDOP).*

*..........................................................*

 *(miejscowość i data)*

|  |
| --- |
| *……………………………………**podpis i pieczęć Pracodawcy* |

*\* należy zakreślić jedną właściwą wersję oświadczenia*

*\*\* kwotę uzyskanej pomocy de minimis należy przedstawić w tabeli*

*----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

***Wypełnia Urząd Pracy Powiatu Krakowskiego***

*Weryfikacja danych w systemie SUDOP*