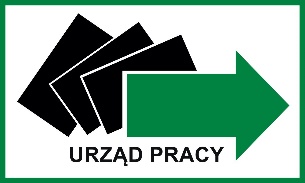
*** IRP-zus\_D2***

***Załącznik nr 1***

*do wniosku 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 bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych wnioskodawca **nie otrzymał** pomocy *de minimis.*

\* W bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych wnioskodawca **otrzymał** 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 potwierdzam kserokopiami zaświadczeń o uzyskanej pomocy de minimis.*

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

*(miejscowość i data)*

|  |
| --- |
| *……………………………………………………*  *podpis i pieczęć wnioskodawcy* |

\* należy zakreślić właściwą odpowiedź

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