Załącznik nr 1
do Wniosku o sfinansowanie/dofinansowanie
kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców z KFS

…….…… .....
(pieczęć firmowa wnioskodawcy) *(miejscowość i data)*

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY

Pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

1. **Jestem pracodawcą** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040 z późn. zm.), ponieważ zatrudniam/y co najmniej jednego pracownika.
   (Należy wpisać TAK lub NIE) ☐
2. Z realizatorem(ami) kształcenia ustawicznego **jestem** powiązany osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:
   1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
   2) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
   3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
   4) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

   (Należy wpisać TAK lub NIE) ☐
3. **Nie byłem karany** karą zakazu dostępu do środków publicznych, o których mowa w art. 5, ust. 3, pkt 1 i 4 ustawy o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869 z późn. zm.).
   (Należy wpisać TAK lub NIE) ☐
4. Forma kształcenia ustawicznego, o którą wnioskuję **nie rozpoczęła** się i **nie została** już zakończona.
   (Należy wpisać TAK lub NIE) ☐
5. Wsparcie przypadające na jednego pracownika **nie przekracza** 300% przeciętnego wynagrodzenia zgodnie z art 69 b pkt. 1 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
   (Należy wpisać TAK lub NIE) ☐
6. **Ubiegam** się o środki na kształcenie pracodawcy / pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
   (Należy wpisać TAK lub NIE) ☐
7. **Zapoznałem** się z „Regulaminem przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach".
   (Należy wpisać TAK lub NIE) ☐

pkt. 8 i 9 wypełnia Beneficjent pomocy publicznej

8. **Spełniam** warunki o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1 z 24.12.2013 r.).
   (Należy wpisać TAK lub NIE) [ ]

9. **Spełniam** warunki o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym i rybołówstwie (Dz. Urz. UE L 352/9 z 24.12.2013 r.).
   (Należy wpisać TAK lub NIE) [ ]

Informacje zawarte we Wniosku i dane zawarte w załączonych dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień składania Wniosku.

……

(data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawca)

<u>Jednocześnie zobowiązuję się do:</u>

1) niezwłocznego, nie później niż w terminie 5 dni powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia Wniosku do dnia podpisania Umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Łosicach zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia Wniosku;
2) niezwłocznego, nie później niż w terminie 5 dni poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach w przypadku wystąpienia zmian dotyczących informacji złożonych w niniejszym Wniosku, mających wpływ na realizację zawartej na jego podstawie Umowy;
3) złożenia stosownego oświadczenia o wielkości pomocy *de minimis, de minimis w rolnictwie, de minimis w rybołówstwie, de minimis w ramach usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym* lub innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których przeznaczona będzie pomoc de minimis uzyskanej w okresie od dnia złożenia Wniosku do dnia zawarcia Umowy.

…….. ……

(data) *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*