

.....
(Pieczęć firmowa wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

**STAROSTA MŁAWSKI ZA POŚREDNICTWEM
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W MŁAWIE**

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY W ROKU 2024**

na zasadach określonych w art. 69 a i 69 b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. 2014 poz. 639)

A. DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy.....

2. Adres siedziby pracodawcy.....

3. Miejsce prowadzenia działalności

4. Telefon fax.....

e-mail

5. NIP.....REGONKRS.....

6. Forma prawna prowadzonej działalności

7. Rodzaj przeważającej działalności gospodarczej_określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD)

8. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2023 poz. 221) * :

mikro¹ małe² średnie³ inne⁴

* właściwie zaznaczyć

1. mikroprzedsiębiorca – przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro;

2. mały przedsiębiorca – przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro – i który nie jest mikroprzedsiębiorcą;

3. średni przedsiębiorca – przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro – i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą;

4. Inne przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z ww. kategorii przedsiębiorstw.

Średnioroczne zatrudnienie, o którym mowa w pkt 1–3, określa się w przeliczeniu na pełne etaty, nie uwzględniając pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.

W przypadku gdy przedsiębiorca wykonuje działalność gospodarczą krócej niż rok, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie, o których pkt 1–3, określa się na podstawie danych za ostatni okres udokumentowany przez przedsiębiorcę.

9. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu złożenia wniosku zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz.U. 2022 poz. 1510 z późn.zm.) wynosi osób, w tym liczba osób zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.

10. Numer konta bankowego Pracodawcy (nieoprocentowane):

.....

11. Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem notarialnym):

imię i nazwisko..... stanowisko służbowe

12. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwiskostanowisko

telefon /fax, e-mail

B. CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO (NETTO bez VAT)

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane z

kształceniem ustawicznym:.....zł

słownie:,

w tym:

kwota wnioskowana z KFS¹:zł

słownie:

kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę:zł

słownie:.....

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać takich kosztów jak: wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia, koszty dojazdu na miejsce realizacji usługi, koszty zakwaterowania i wyżywienia.

Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów obowiązujących w roku bieżącym (właściwe zaznaczyć X i wpisać liczbę osób):

1. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy..... (liczba osób);

2. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych(liczba osób);

Osoba/y, która/e będzie/będą korzystała/y z kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu nr 2 będzie/będą kształciły się w zawodzie, który został zidentyfikowany, jako zawód deficytowy w powiecie mławskim zgodnie z Barometrem zawodów z bieżącego roku (wypełnić jeśli dotyczy)

² Środki KFS mają wspierać pracodawców inwestujących w kształcenie osób pracujących. Ustawowo określono wysokość tego wsparcia w przypadku: 1) mikroprzedsiębiorstwo może otrzymać 100% kosztów kształcenia ustawicznego ze środków KFS; 2) pozostali pracodawcy mogą sfinansować ze środków KFS koszty kształcenia ustawicznego w wysokości 80%, wnosząc 20% wkład własny.

L. p.	Nazwa zawodu deficytowego	Liczba osób przewidzianych do kształcenia w ramach zawodu deficytowego
1.	betoniarze i zbrojarze	
2.	cieśle i stolarze budowlani	
3.	cukiernicy	
4.	dekarze i blacharze budowlani	
5.	dentyści	
6.	elektrycy, elektromechanicy i elektromonterzy	
7.	fizjoterapeuci i masażyści	
8.	inspektorzy nadzoru budowlanego	
9.	inżynierowie elektrycy i energetycy	
10.	kierowcy samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych	
11.	kierownicy budowy	
12.	lekarze	
13.	magazynierzy	
14.	murarze i tynkarze	
15.	nauczyciele praktycznej nauki zawodu	
16.	nauczyciele przedmiotów ogólnokształcących	
17.	nauczyciele przedmiotów zawodowych	
18.	operatorzy i mechanicy sprzętu do robót ziemnych	
19.	opiekunowie osoby starszej lub niepełnosprawnej	
20.	piekarze	
21.	pielęgniarki i położne	
22.	pracownicy ds. rachunkowości i księgowości	
23.	psycholodzy i psychoterapeuci	
24.	ratownicy medyczni	
25.	samodzielni księgowi	
26.	spawacze	
27.	specjaliści ds. zarządzania zasobami ludzkimi i rekrutacji	
28.	specjaliści elektroniki, automatyki i robotyki	
29.	technicy mechanicy	
30.	wychowawcy w placówkach oświatowych i opiekuńczych	

3. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.....(liczba osób).
4. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.....(liczba osób).
5. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej.....(liczba osób).
6. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.....(liczba osób).
7. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.....(liczba osób).
8. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.....(liczba osób).

C. RODZAJ WSPARCIA – WYSZCZEGÓLNIENIE (należy rozbić koszty na poszczególne działania)

Lp	Nazwa kursu	Liczba osób	Termin realizacji (od ..do..)	Koszt szkolenia dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Lp	Rodzaj badań lekarskich i/lub psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu	Liczba osób	Termin realizacji (od..do)	Koszt dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Lp	Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych	Liczba osób	Termin przeprowadzenia egzaminu (od..do..)	Koszt egzaminu dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Lp	Kierunek studiów podyplomowych	Liczba osób	Termin realizacji studiów podyplomowych (od..do)	Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Lp	Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia	Liczba osób	Data ubezpieczenia (od..do..)	Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Uwaga: Pracodawca zobowiązany jest uzupełnić tabelę zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia

D. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

Wyszczególnienie	Pracodawca/y	Liczba pracowników		
		razem	kobiety	
Objęci wsparciem ogółem				
w tym:				
Według rodzajów wsparcia	Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą			
	Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą			
	Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych			
	badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,			
	Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem			
Według grup wiekowych	15 - 24 lat	15 - 18 lat		
		19 - 24 lata		
	25 - 34 lata			
	35 - 44 lata			
	45 lat i więcej			
Według wykształcenia	Gimnazjalne i poniżej			
	Zasadnicze zawodowe			
	Średnie ogólnokształcące			
	Policealne i średnie zawodowe			
	Wyższe			
Wykonujący pracę w szczególnych warunkach				
Wykonujący pracę o szczególnym charakterze				
Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności				

E. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WYBRANEGO KSZTAŁCENIA PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY/PRACOWNIKA:

- a) Krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań (**Opisać czym zajmuje się firma, w jakiej branży działa i jakie jest powiązanie z wnioskowanym kształceniem**).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- b) Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami rozwojowymi pracownika i pracodawcy oraz obejmowanym stanowiskiem i pełnionymi obowiązkami służbowymi oraz zgodność z potrzebami rynku pracy (**Opisać czym zajmuje się w firmie osoba która ma zostać objęta kształceniem, podać zgodność kształcenia z zajmowanym stanowiskiem i obowiązkami oraz w jaki sposób kształcenie przyczyni się do rozwoju osoby po ukończonym kształceniu**).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- c) Zgodność planowanych działań z określonymi na bieżący rok priorytetami wydatkowania środków KFS (dotyczy priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub priorytetów rezerwy Rady Rynku Pracy w zależności od naboru). **Jeśli zaznaczono w punkcie B priorytet w ramach, którego pracodawca wnioskuje o środki – opisać zgodność z tym priorytetem**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

F. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA

1.	Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego	
2.	Numer NIP, Regon oraz numer KRS (jeśli dotyczy) realizatora usługi kształcenia ustawicznego	
3.	Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług (podać nazwę dokumentu). Jeśli posiada wpisać jaki, jeśli nie posiada wpisać, że nie posiada.	
4.	Liczba godzin kształcenia ustawicznego	
5.	Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, cena rynkowa (minimum 1 oferta o ile to możliwe)	

Uzasadnienie wyboru danego realizatora:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Uwaga: w przypadku kilku realizatorów usług tabelę należy powielić, zgodnie z liczbą realizatorów.

G. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS (*proszę określić czas trwania umów o pracę z pracownikami; w przypadku umów na czas określony- informacja o możliwości przedłużenia tych umów. Jeśli kształcenie dotyczy pracodawcy, opisać krótko plany zatrudnieniowe.*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Oświadczenie wnioskodawcy - Załącznik nr 1.
2. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie - Załącznik nr 2 i Załącznik nr 2a.
3. Wykaz uczestników, które mają zostać objęte działaniami finansowanymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego – Załącznik nr 3
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - Załącznik nr 4- stanowi:
 - załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze innym niż rolnictwo i rybołówstwo lub
 - załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
6. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
7. Pełnomocnictwo notarialne do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu założycielskiego spółki lub przepisu.
8. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku

.....
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje (właściwą odpowiedź podkreślić):

1. **Zalegam / Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **Zalegam/ Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. **Posiadam / Nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków** rozporządzenia MPiPS z dnia 19 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. 2014 poz. 639);
5. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków**, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Rozporządzenia (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2831 z 15.12.2023)*;
6. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków/ Nie dotyczy**, 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)*;
7. Oświadczam, że **jestem /nie jestem** zobowiązany/a do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;
8. **Oświadczam, że forma kształcenia, o którą wnioskuję nie rozpoczęła się i nie została już zakończona.**
9. Oświadczam, że 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.

10. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
11. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (t.j. Dz.U. 2022 poz. 1510 z późn.zm.).**
12. Oświadczam, że osoba/y, która/e będzie/będą korzystała/y z kształcenia ustawicznego, zatrudniona/e jest/są na podstawie umowy o pracę. WW. osoby nie przebywają na urlopie macierzyńskim/ojcowskim/wychowawczym. Ponadto oświadczam, że w przypadku zatrudnienia pracowników na czas określony czas trwania umowy nie jest krótszy niż termin zakończenia wskazanego szkolenia.
13. Oświadczam, że zapoznałam/em się z kryteriami i zasadami rozpatrywania wniosków o dofinansowanie kształcenia ustawicznego w ramach KFS
14. Oświadczam, że planowane działania kształcenia ustawicznego powierzone zostaną do realizacji podmiotowi, z którym nie jestem powiązana/y osobowo lub kapitałowo.
15. **Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych, znajdującą się na stronie internetowej <https://mlawa.praca.gov.pl> w zakładce: „Urząd” → „Ochrona danych osobowych” lub pod adresem <https://mlawa.praca.gov.pl/urząd/ochrona-danych-osobowych>.**
- Jednocześnie oświadczam, iż osoby wymienione we wniosku inne niż Wnioskodawca również zapoznały się z w/w klauzulą informacyjną.**

.....
(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS, POMOCY DE MINIMIS W
ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Imię i nazwisko/nazwa firmy

Adres siedziby.....

NIP

Oświadczam, iż w okresie trzech poprzedzających lat:

- **otrzymałem / nie otrzymałem*** pomocy *de minimis*,
- **otrzymałem / nie otrzymałem*** pomocy *de minimis* przyznaną przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym
- **otrzymałem/ nie otrzymałem*** pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie,

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższą tabelę**

L.p.	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Data udzielenia pomocy (dzień, miesiąc, rok)	Przeznaczenie pomocy	Wartość pomocy w euro
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
				Razem	

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 k.k., : „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

.....
/miejscowość, data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

* niepotrzebne skreślić

** wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie 3 lat

Dane do sprawdzenia na stronie: www.sudop.uokik.gov.pl

UWAGA! Wydruki danych o pomocy otrzymanej przez beneficjenta ze strony SUDOP mają charakter wyłącznie informacyjny i pomocniczy dla beneficjenta. Nie są równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o otrzymaniu lub nie otrzymaniu pomocy de minimis. Beneficjent zobowiązany jest do sprawdzenia, czy wszystkie przypadki pomocy są wykazane w ww. rejestrze oraz ewentualnego wykazania tej pomocy w powyższym oświadczeniu.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS, POMOCY DE MINIMIS W
ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Imię i nazwisko/nazwa firmy

Adres siedziby.....

NIP

Oświadczam, iż w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych:

- **otrzymałem / nie otrzymałem*** pomocy *de minimis*,
- **otrzymałem / nie otrzymałem*** pomocy *de minimis* przyznanej przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym
- **otrzymałem/ nie otrzymałem*** pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie,

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższą tabelę**

L.p.	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Data udzielenia pomocy (dzień, miesiąc, rok)	Przeznaczenie pomocy	Wartość pomocy w euro
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
				Razem	

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 k.k., : „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

.....
/miejsowość, data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

* niepotrzebne skreślić

** wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie 3 lat

Dane do sprawdzenia na stronie: www.sudop.uokik.gov.pl

UWAGA! Wydruki danych o pomocy otrzymanej przez beneficjenta ze strony SUDOP mają charakter wyłącznie informacyjny i pomocniczy dla beneficjenta. Nie są równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o otrzymaniu lub nie otrzymaniu pomocy de minimis. Beneficjent zobowiązany jest do sprawdzenia, czy wszystkie przypadki pomocy są wykazane w ww. rejestrze oraz ewentualnego wykazania tej pomocy w powyższym oświadczeniu.

Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego

Lp.	NAZWA ZAWODU/ STANOWISKA, NA KTÓRYM PRACUJE OSOBA OBJĘTA KSZTAŁCENIEM	Płeć K/M	Poziom wykształcenia	Grupa wiekowa					Praca w szczególnych warunkach TAK/NIE	Praca o szczególnym charakterze TAK/NIE	Osoba posiada orzeczenie o niepełnospraw ności TAK/NIE	Osoba posiada świadectwo dojrzałości TAK/NIE	Rodzaj i nazwa wsparcia (np. kurs i nazwa kursu)
				15-24		25- 34	35- 44	45 lat i więcej					
				15- 18	19- 24								
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													

.....
/data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy/