**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /imię i nazwisko/

reprezentujący/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/pełna nazwa i adres Pracodawcy/

Niniejszym oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat nie uzyskałam/uzyskałem\* pomocy de minimis w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.1).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Data otrzymania pomocy** | **Nazwa podmiotu, który udzielał pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Wymiar udzielonej pomocy** | **Forma udzielonej pomocy** | **Przeznaczenie uzyskanej pomocy** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

 Niniejszym oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat nie uzyskałam/uzyskałem\* pomocy de minimis w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Data otrzymania pomocy** | **Nazwa podmiotu, który udzielał pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Wymiar udzielonej pomocy** | **Forma udzielonej pomocy** | **Przeznaczenie uzyskanej pomocy** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

\*) niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /miejscowość, data/

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy/