OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, że w ciągu 3 ostatnich lat poprzedzających złożenie wniosku o zwrot ze środków PFRON kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej:  **•**  otrzymałem / nie otrzymałem\* środków stanowiących pomoc publiczną de minimis.  W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie lub dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy. | | | | | | | |
| **POMOC PUBLICZNA OTRZYMANA W OKRESIE**  **OD DNIA .................................... DO DNIA ....................................** | | | | | | | |
|  | **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy**  **w €\*** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **RAZEM** |  | **€** |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………………. |
|  | (data, podpis i pieczęć wnioskodawcy) |

\* niepotrzebne skreślić