.

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**O OTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS**

|  |
| --- |
| Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych 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 oraz 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** |  | **€** |  |
|  |
|  |

**• otrzymałem/nie otrzymałem\* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.**

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

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

\* niepotrzebne skreślić