

**POWIATOWY URZĄD PRACY KROŚNIE**

ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno, tel. 13 4321389, 13 4361719, fax. 13 4326496[**www.krosno.praca.gov.pl**](http://www.krosno.praca.gov.pl) **e-mail:** **rzks@praca.gov.pl**

Załącznik do wniosku o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.

**Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu****ubiegającego się o pomoc**  |  |
| **Adres miejsca****zamieszkania albo adres siedziby podmiotu** |  |
| **Numer Identyfikacji****Podatkowej (NIP)** |  |

**Oświadczam, że:**

**1. W okresie minionych trzech lat od dnia złożenia wniosku otrzymałem/nie otrzymałem\* pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie:**

* \*\* pomoc *de minimis* w wysokości ……………………………………….. euro brutto,
* \*\* pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości ………………….. euro brutto,

2. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 k. k. i art. 297 k. k. potwierdzam prawdziwość danych własnoręcznym podpisem.

 ………………………………………………………………………………………………….

 (data, pieczęć i podpis składającego oświadczenie)

\* nie właściwe skreślić

\*\* właściwe zaznaczyć znakiem „X”