

**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**](mailto: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”