

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tuchola, dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (pieczątka pracodawcy)

 **Starosta Tucholski**

 **za pośrednictwem**

**Dyrektora**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

 **w Tucholi**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

**pracowników i pracodawcy w ramach środków rezerwy KFS**

na zasadach określonych w art. 69 a i b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019r., poz. 1482 t.j) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 117 tj .)

I. **DANE PRACODAWCY:**

1. Pełna nazwa pracodawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Adres siedziby /zamieszkania –osoba fizyczna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Adres do korespondencji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Miejsce prowadzenia działalności \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strona www \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Numer identyfikacji REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Numer identyfikacji podatkowej NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Numer KRS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Forma prawna prowadzonej działalności \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr PKD\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z ustawą Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018 r. (Dz.U. 2018.646 z późn.zm.): [[1]](#footnote-1)

€ mikro (1-9 osób) € małe (10-49 osób) € średnie (50-249 osób) € inne (pow. 250 osób)

- **mikro przedsiębiorstwo** to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.

- **małe przedsiębiorstwo** to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.

- **średnie przedsiębiorstwo** to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR i / lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.

1. Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (na dzień złożenia wniosku)

1. Osoba / osoby uprawniona/e do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy **(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):**
2. imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. stanowisko służbowe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 15.Osoba wyznaczona do kontaktu z urzędem:

 imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 stanowisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 telefon/fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 16.Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 17. Pracodawca w bieżącym roku otrzymał lub wnioskował/zamierza wnioskować o środki z KFS na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w innym Powiatowym Urzędzie Pracy :

□ Tak

□ Nie

□ Tak wnioskowałem/zamierzam wnioskować

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA:**

**II.A Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego:**

| Wyszczególnienie | Liczba osób |
| --- | --- |
| Ogółem | w tym: |
| Pracodawca2 | Pracownik3 | Kobieta |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |  |
| Według rodzaju wsparcia | określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego |  |  |  |  |
| kursy |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |
| badania lekarskie |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15 – 24 |  |  |  |  |
| 25 – 34 |  |  |  |  |
| 35 – 44 |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| Według poziomu wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |  |
| Według grup priorytetowych | wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności |  |  |  |  |
| wsparcie w nabywaniu kompetencji cyfrowych |  |  |  |  |
| wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej  |  |  |  |  |
| wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej |  |  |  |  |
| wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych u pracodawców, którzy w latach 2017-2019 nie korzystali ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego |  |  |  |  |

***2Pracodawca****- jednostka organizacyjna , chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika- zgodnie z art.3 Kodeksu Pracy*

***3Pracownik-*** *osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę-zgodnie z art. 2 Kodeksu Pracy*

1. **Informacja dotycząca wydatków na kształcenie:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kształcenia** | **Nazwa kształcenia** | **Termin realizacji** **(od……... do……..)**  | **Liczba osób** | **Koszt dla jednej osoby** | **Organizator kształcenia****(nazwa , adres, NIP )** | **Kwota wydatków** |
| **Ogółem** | **ze środków KFS** |
| **Szkolenia/kursy** | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| **Studia podyplomowe** | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

1. **Uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa organizatora****(nazwa, adres , NIP)** | **Nazwa kształcenia ustawicznego** | **Ilość godzin kształcenia** | **Posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego**np.: ISO, akredytacja Kuratora | **Cena usługi kształcenia ustawicznego na jedna osobę w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne** |
| **Koszt usługi oferowany przez jednostkę szkoleniową wskazaną przez Pracodawcę** |  **Koszt usługi i nazwa jednostki oferującej podobną usługę kształcenia ustawicznego** |
| 1. |  |  |  | -posiada –rodzaj certyfikatu:-nie posiada |  |  |
| 2. |  |  |  | posiada –rodzaj certyfikatu:-nie posiada |  |  |
| 3. |  |  |  | posiada –rodzaj certyfikatu:-nie posiada |  |  |
| 4. |  |  |  | posiada –rodzaj certyfikatu:-nie posiada |  |  |

1. **Uzasadnienie wyboru określonej formy kształcenia dla danego pracownika lub pracodawcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Wykształcenie** | **Forma zatrudnienia i okres obowiązywania umowy (od ….do…)** | **Zajmowane stanowisko i rodzaj wykonywanych prac** | **Nazwa kształcenia ustawicznego** | **Uzasadnienie wyboru kształcenia ustawicznego dla wskazanego pracownika** | **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby objętej kształceni ustawicznym finansowanym ze środków KFS** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

1. Ze środków KFS nie mogą być finansowane koszty przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia związane z kształceniem ustawicznym.
2. Pracodawca może złożyć wniosek o sfinansowanie z KFS tylko takiej formy kształcenia ustawicznego, która jeszcze nie została rozpoczęta. Udział pracowników w danej formie kształcenia może się rozpocząć dopiero po zawarciu stosownej umowy, pomiędzy PUP a wnioskodawcą.
3. Kursy i studia podyplomowe finansowane ze środków KFS (środków publicznych) w wysokości wyższej niż 70% są zwolnione z podatku VAT (art. 43 ust. 1 pkt 26 - 29 ustawy o VAT oraz § 3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów.
4. **ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ WYDATKÓW NA DZIAŁANIA OBEJMUJĄCE KSZTAŁCENIE**

 **USTAWICZNE PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Całkowita wysokości wydatków obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy: |  |
| Wnioskowana wysokość środków z KFS: |  |
| Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez Pracodawcę: |  |

Uwaga:

wysokość wsparcia:

 **- 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS,** nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym

 roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje pozostałe 20% kosztów;

 **- 100% kosztów kształcenia ustawicznego –** jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorstw, nie więcej jednak niż do wysokości 300%

 przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

**- Mikroprzedsiębiorca** to przedsiębiorca, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników, a jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie

 przekracza 2 mln. EURO, zgodnie z załącznikiem nr I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008r. uznającego

 *niektóre rodzaje pomocy zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń*

 *blokowych*) (Dz. Urz. UE L 214 z 09.08.2008, str.3)

1. **Wskazanie priorytetów wydatkowania środków rezerwy KFS w roku 2020 określonych przez Radę Rynku Pracy**

**–** właściwie zaznaczyć znakiem X

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności
* wsparcie w nabywaniu kompetencji cyfrowych
* wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych u pracodawców, którzy w latach 2017-2019 nie korzystali ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego

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

 (podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym )

**Do wniosku pracodawca dołącza:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy;
2. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymaniu pomocy de minimis jaką otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie;
3. **3**. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis. Wzory formularzy niezbędnych do przekazania powyższych informacji dostępne są na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów:

[http://uokik.gov.pl/ wzory\_formularzy\_pomocy\_de\_minimis.php.](http://uokik.gov.pl/%20wzory_formularzy_pomocy_de_minimis.php.%203.%20Kopia%20dokumentu%20potwierdzaj%C4%85cego%20oznaczenie%20formy%20prawnej%20prowadzonej%20dzia%C5%82alno%C5%9Bci%20%E2%80%93%20w%20przypadku%20braku%20wpisu%20do%20Krajowego%20rejestru%20S%C4%85dowego%20lub%20Centralnej%20Ewidencji%20i%20Informacji%20o%20Dzia%C5%82alno%C5%9Bci%20Gospodarczej)

1. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku

 wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

1. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu;
2. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora

 usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz. U. z 2019r., poz. 1482 t.j.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego, (Dz. U. z 2018r. poz. 118 tj. ).
3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018r. poz. 362. z późn.zm.).
4. Rozporządzenia Komisji Europejskiej (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis ( Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013 r.)

Załącznik Nr 1

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

oświadczam , że:

* **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,**
* **Nie zalegam / zalegam)\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom,
* **Nie posiadam / posiadam)\*** zadłużeń z tytułu zobowiązań podatkowych i cywilno – prawnych,
* **Nie posiadam / posiadam)\*** zadłużeń z tytułu opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
* **Jestem / nie jestem)\*** beneficjentem[[2]](#footnote-2) pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 362).
* **Jestem / nie jestem)\*** zobowiązany do zwrotu uzyskanej pomocy publicznej na podstawie wcześniejszych decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
* **Nie byłem / byłem)\*** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku skazany prawomocnym

wyrokiem za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 – Kodeks karny (Dz.U 2018.poz.917 t.j).

* **Nie byłem / byłem)\*** karany na podstawie art. 12 ust 1 pkt 1 Ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r.

(Dz. U. 2012 poz.769) o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcowi przebywającemu bez ważnego dokumentu uprawniającego do pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5, ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy o finansach publicznych (Dz.U.2017. Poz.2077 tj)

* **Nie zostałem / zostałem)\*** w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i **nie jestem / jestem)\*** objęty postępowaniem w tej sprawie.
* **Zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić o możliwości przekroczenia granic dopuszczalności pomocy de minimis.**
* **Jestem pracodawcą w rozumieniu art.3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy (Dz.U 2018 poz. 917 t.j)**
* **Zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Tucholi jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**
* **Zobowiązuję się do poddania kontroli przez Powiatowy Urząd Pracy w Tucholi oraz upoważnione jednostki zewnętrzne w zakresie spraw dotyczących sfinansowania kształcenia ustawicznego pracowników lub pracodawcy ze środków KFS.**

Data................................ ..............................................................

 podpis i pieczęć osoby lub

 osób upoważnionych do reprezentowania

 wnioskodawcy

**\* niepotrzebne skreślić**

załącznik nr 2

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**O P O M O C Y DE M I N I M I S**

Oświadczam, że ………………………………………………………………………………………………

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

( imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres podmiotu ubiegającego się o pomoc)

Otrzymałem / am w okresie 3 lat budżetowych / obrotowych, tj. od dnia 01.01.2018 r. do dnia poprzedzającego dzień złożenia wniosku, pomoc de minimis, pomoc de minimis w rybołówstwie, pomocy de minimis w rolnictwie:

……………………………

(wpisać TAK lub NIE)

**Jeżeli otrzymano pomoc należy podać jej wartość: ………………...… euro .**

Dane osoby upoważnionej do podpisania oświadczenia:

…………………….. ………………………..

Imię i nazwisko Data i podpis

**Uwaga.**

W przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną, należy również uwzględnić uzyskaną pomoc de minimis w odniesieniu do każdego ze wspólników tej spółki.

1. Odpowiednie zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)
2. **Beneficjent pomocy publicznej** – jest to podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną; przez **działalnością gospodarczą** należy rozumieć , do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.
 **(ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tekst jednolity Dz.U. z 2018 r. poz.362)**  [↑](#footnote-ref-2)