***Załącznik nr 1*** *do wniosku o refundację pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowane do pracy osoby bezrobotne do 30 roku życia*

|  |
| --- |
| logietka**URZĄD PRACY** |

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/ PRZEDSIĘBIORCY O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

reprezentujący/a: ………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa wnioskodawcy)

Oświadczam, iż:

* \* w bieżącym roku podatkowym oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych **nie otrzymałem/am** pomocy *de minimis*.
* \* w bieżącym roku podatkowym oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych **otrzymałem/am** pomoc *de minimis* w kwocie ……………….. euro\*\*.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **dzień udzielenia pomocy** | **wartość pomocy brutto w PLN** | **wartość pomocy w EUR** | **przeznaczenie pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Dane zawarte w tabeli potwierdzam kserokopiami zaświadczeń o uzyskanej pomocy de minimis.*

|  |  |
| --- | --- |
| *.....................................................* *(miejscowość, data)* | *...............................................................**(podpis i pieczęć Pracodawcy/ Przedsiębiorcy)* |
|  |  |
|  |  |

*\* należy zakreślić właściwą odpowiedź*

*\*\* kwotę uzyskanej pomocy de minimis należy przedstawić w tabeli*