**Załącznik nr 9**

do wniosku o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub opiekuna

Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis

Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis

Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identyfikator podatkowy NIP podmiotu | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu |
|  |
| Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu |
|
|  |
|

**Oświadczam, że**

w ciągu minionych trzech lat nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

w ciągu minionych trzech lat uzyskałem pomocy de minimis oraz/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

w PLN………………………………………….

w EUR…………………………………………..

w ciągu minionych trzech lat nie uzyskałem innej pomocy publicznej.

w ciągu minionych trzech lat uzyskałem inną pomoc publiczną.

w PLN………………………………………….

w EUR…………………………………………..

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.

Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Numer telefonu | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Stanowisko służbowe | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data i podpis | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |