**Załącznik nr 3**

do wniosku o refundacja składek na ubezpieczenie społeczne za zatrudnionego bezrobotnego do 30 roku życia podejmującego zatrudnienie po raz pierwszy

Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis

Podstawa prawna: art. 7, ust. 4 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 (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023)

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, iż**

w roku bieżącym oraz poprzedzających go dwóch lat nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

 w roku bieżącym oraz poprzedzających go dwóch lat uzyskałem pomocy de minimis oraz/lub pomoc de minimis

 w rolnictwie lub rybołówstwie.

 w PLN………………………………………….

 w EUR…………………………………………..

w roku bieżącym oraz poprzedzających go dwóch lat nie uzyskałem innej pomocy publicznej.

w roku bieżącym oraz poprzedzających go dwóch 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |