**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Oświadczam, że:**

1. Nie dotyczą mnie warunki o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831

z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z dnia 15.12.2023r.), rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis

w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 Z 24.12.2013, str. 9 z póź. zm.) lub rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str.45, z późn.zm).

1. Nie dotyczą mnie warunki Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2025r. poz. 468 z póź. zm.).
2. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
3. Nie byłem/am w okresie ostatnich 2 lat prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących prace zarobkową na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.- Kodeks karny (Dz. U. z 2025r. poz. 383 z póź.zm.), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999r.- Kodeks karny skarbowy (Dz. U.

z 2024r. poz. 628 z póź. zm.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

1. Nie zalegam na dzień złożenia wniosku z :

* wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
* opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
* opłacaniem innych danin publicznych.

1. Spełniam definicję pracodawcy. Zatrudniam co najmniej 1 pracownika.
2. Nie podjąłem jakichkolwiek działań dyskryminujących sprzecznych z zasadami, o których mowa w tzw. ,,kryterium dyskryminacyjnym”.

- 1 -

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r. (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 1781 z póź. zm.).

**Zostałem/am poinformowany/a, iż nie mogę otrzymać finansowania refundacji kosztów wynagrodzeń pracownika zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych z Funduszu Pracy w części, w której te same koszty zostaną sfinansowane z innych środków publicznych.**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

………………………………….. …………………………………………

(Miejscowość i data) (Podpis Pracodawcy , pieczęć zakładu pracy)

- 2 -