...………………………

nazwa/imię i nazwisko pracodawcy lub pieczę

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam co następuje:

* **PROWADZĘ/NIE PROWADZĘ\*** działalność gospodarczą
* Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego
* Koszt dofinansowania z KFS planowanych form wsparcia nie przekroczy na jednego pracownika 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku.
* Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskaniu pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z urzędem pracy, otrzymam pomoc de minimis.
* Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
* Zapoznałem się z treścią art. 69a i 69 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego ,
* Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Chełmie, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117) oraz Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/We (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L 2016.119.1)
* Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
* Oświadczam, że utrzymam/y zatrudnienie pracownika/ków którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej do dnia zakończenia ostatniej formy wsparcia.
* Spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str 1) lub 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)
lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
* Osoby, których dotyczy wniosek o finansowanie kształcenia ustawicznego, ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego spełniają definicję pracownika zgodnie z art. 2 Kodeksu Pracy i nie spełniają definicji osoby współpracującej zgodnie z art. 8 ust 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracująca uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności).
* Oferta instytucji szkoleniowej wybrana do realizacji kursu jest konkurencyjna merytorycznie
i cenowo w stosunku do ofert innych instytucji szkoleniowych oferujących podobne kursy.
* Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentów są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
* Oświadczam, że nie ubiegam się innym Urzędzie o wsparcie, którego dotyczy przedłożony wniosek.
* Zapoznałem/-am się z treścią Zasad przyznawania przez Powiatowy Urząd Pracy w Chełmie środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w 2023 r.
* Zapoznałem /-am się z wzorem umowy i akceptuję jej warunki bez zastrzeżeń.

*\*niepotrzebne skreślić*

…………………………………….

podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy