

Projekt pt. „ Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie węgrowskim(II)”   
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Priorytetu VI

Fundusze Europejskie dla aktywnego zawodowo Mazowsza, Działania 6.1 Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

Załącznik nr 4 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

............................................................................. Węgrów......................................................

pieczątka firmowa wnioskodawcy

**O Ś** **W I A D C Z E N I E**

ŻŁOBKA\*

KLUBU DZIECIĘCEGO\*

PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE\*

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art.233 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności oświadczam, że:

1. **Nie rozwiązałem** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie   
   6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożeniawniosku i **nie rozwiążę** stosunku pracy   
   z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę na mocy porozumienia stron   
   z przyczyn niedotyczących pracowników **w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.**
2. **Obniżyłem/nie obniżyłem\*** wymiar/-u czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożeniawniosku oraz **obniżę**/**nie obniżę** wymiar/-u czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników **w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.**
3. Zalegam/nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz   
   z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
4. Zalegam/nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
5. Posiadam/nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
6. Byłem/nie byłem\* karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2024r. poz.17 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. z 2024 r.poz.1822 ).
7. Jest/nie jest\* prowadzone wobec mnie postępowanie egzekucyjne w trybie sądowym lub administracyjnym.

..................................................

(pieczątka i podpis wnioskodawcy)

**\* Niepotrzebne skreślić**