**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Oświadczam, że:**

1. **Jestem pracodawcą** w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy.
2. **Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\***, o których mowa w 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).
3. **Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\***, o których mowa w 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 r., str. 9 z późn. zm.).
4. **Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\***, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. 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 dnia 28.06.2014 r., str. 45 z późn. zm.).
5. **Nie posiadam** powiązań osobowych lub kapitałowych z wykonawcą usługi kształcenia ustawicznego.
6. **Nie podlegam** wykluczeniu z otrzymania wsparcia oraz nie jestem powiązany z osobami lub podmiotami, względem których zastosowano środki sankcyjne, o których mowa w ustawie z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
7. Forma kształcenia, o którą wnioskuję nie rozpoczęła się i nie została już zakończona.
8. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku  
   z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
9. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………………….……………………………………. |
|  | *(podpis Pracodawcy lub osoby uprawnionej*  *do reprezentowania Pracodawcy)* |
|  |  |