Załącznik nr 2 do Regulaminu organizacji bonów stażowych.

|  |
| --- |
| WYPEŁNIA URZĄD: Wniosek nr **WPI.** |

UWAGA: Przed złożeniem wniosku przeczytaj Regulamin organizacji bonów stażowych. Wniosek wypełnij czytelnie, uzupełnij każdy punkt wniosku. Wszystkich poprawek dokonaj poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli jakieś rubryki nie znajdą w Twoim przypadku zastosowania, wpisz „nie dotyczy”, „brak” lub „-”. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje skierowania bezrobotnego na staż.

Pieczęć Organizatora: ..................................

 Myślenice, dnia .............................

Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach

WNIOSEK o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu do 30 roku życia w ramach bonu stażowego

na podstawie art. 66l i art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 475, z późn. zm.), art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 44, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. 2009 nr 142 poz. 1160)

**WNIOSEK DOTYCZY BONU STAŻOWEGO NR …………………………….…………..**

# **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA**

1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko:
………………………………………………...................................................................................
2. Reprezentant organizatora (osoba/osoby uprawnione do podpisania umowy: imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe):
……………………………………………..………………………………..……………………………
3. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności gospodarczej:
....................................................................................................................................................
4. Telefon: ……….........................., fax: ......................................... e-mail: ...................................
5. Forma prawna: ...........................................................................................................................
6. Rodzaj działalności: ...................................................................................................................
7. Data rozpoczęcia działalności: ..................................................................................................
8. NIP: ............................................... REGON: ........................................... PKD: .......................
9. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc (właściwe zakreśl):

Mikroprzedsiębiorca; Mały przedsiębiorca; Średni przedsiębiorca; Duży przedsiębiorca

1. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem: ………………..............
2. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: ……………….........................................................................................................
3. Liczba osób odbywających staż u organizatora w dniu składania wniosku (proszę również wskazać osoby skierowane z innych urzędów pracy): .................................................

# **DANE DOTYCZACE ORGANIZACJI STAŻU**

1. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu będą odbywać staż (UWAGA: liczba odbywających staż nie może przekraczać liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku **w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**, a w przypadku organizatora który nie jest pracodawcą staż może odbywać jednocześnie jedna osoba): ………………............................................................................................………………
2. Proponowany okres odbywania stażu (UWAGA: nie krótszy niż 3 miesiące):
od dnia ………................................................ do dnia ...............................................................
3. Miejsce odbywania stażu (w przypadku innego miejsca wykonywania pracy niż adres siedziby firmy lub adres dodatkowych miejsc pracy wskazanych w podstawie prawnej prowadzonej działalności, przedstaw dokumenty potwierdzające prawo użytkowania lokalu - np. umowa najmu, umowa użyczenia): ……............…………………….....................................
....................................................................................................................................................
4. Szczegółowe dane dotyczące osób przewidzianych do odbycia stażu:

| **Lp.** | **Nazwa zawodu lub specjalności \*** | **Kod zawodu zgodny z klasyfikacją zawodów i specjalności** | **Ilość miejsc** | **Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne, poziom wykształcenia, minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

\***nazwę zawodu lub specjalności wpisz zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy, dostępną na stronie internetowej** <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>.

1. **Opis zadań jakie będą wykonywane podczas stażu przez skierowanego – wg załącznika nr 1 (tj. Program stażu)**
2. Proponowany tryb i wymiar czasu wykonywania zadań podczas stażu wynikający z charakteru pracy w danym zawodzie (zaznacz właściwe):
* Standardowy rozkład czasu pracy (1 zmiana) – godziny pracy: od ….….... do ……….

Proszę o wyrażenie zgody na realizację stażu w systemie:

* pracy zmianowej (opisz zmianowość): ……………………...…..…………………………
* pracy w niedziele i święta
* pracy w porze nocnej
1. Imię, nazwisko, data urodzenia, adres osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu wskazanej przez organizatora: ..............................................................................................................................
2. Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna osoby odbywającej staż (UWAGA: opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż):
....................................................................................................................................................
3. **Po zakończeniu stażu deklaruję zatrudnienie osoby odbywającej staż na okres co najmniej 6 miesięcy w (wpisz w jakim) ……………… wymiarze czasu pracy.** Pracodawcy, który zatrudni stażystę przez deklarowany okres 6 miesięcy, starosta wypłaca premię w wysokości 2222,60 zł. Premia stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis. Kwota premii podlega waloryzacji na zasadach określonych w art. 72 ust. 6 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. **Deklaracja dalszego zatrudnienia będzie traktowana jako zgłoszenie wolnego miejsca pracy po zakończeniu stażu.**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem organizacji bonów stażowych obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Myślenicach.

Pieczątka i podpis Organizatora: .........………….…….…………………

# **POUCZENIE!**

* **Osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywała staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych.**
* **Stażysta bez zgody Dyrektora, nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.**

# Załączniki do złożonego wniosku:

1. Program stażu.
2. Oświadczenie.
3. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
4. Informacja pracodawcy na temat warunków pracy.
5. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych.
6. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
8. W przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej kopia podstawy prawnej prowadzonej działalności. W przypadku spółki cywilnej dodatkowo umowa spółki cywilnej.
9. W przypadku szkół, przedszkoli należy przedłożyć akt założycielski szkoły, przedszkola lub pierwsze strony statutu oraz pełnomocnictwo dyrektora szkoły, przedszkola do składania oświadczeń woli.
10. Umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę nie jest upoważniona do reprezentowania organizatora w stosownym dokumencie rejestrowym.

**Wszystkie załączniki będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem.**

1. **Opinia doradcy klienta:**

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

Data i podpis doradcy klienta: ..................................................

# **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy:**

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

Data i podpis Dyrektora Urzędu: ..................................................

# Załącznik nr 1

PROGRAM STAŻU

Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy: ………………………………………………………………………………..…………….……………

Nazwa stanowiska pracy:

………………………………………………………………………………………………………...…………

Nazwa komórki organizacyjnej:

………………………………………………………………………………………………………...…………

Opiekun osoby (osób) objętej (-ych) programem stażu:

Imię i nazwisko .............................................., zajmowane stanowisko: .............................................

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych …………….………………….……...
………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………..…....

Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez stażystę w okresie odbywania stażu:

* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………
* ……………………………………………..………………………………………………………………

Potwierdzenie nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych stanowić będą opinia organizatora stażu zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez stażystę i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu, wydana po zakończeniu stażu oraz sprawozdanie z przebiegu stażu sporządzone przez stażystę i potwierdzone przez opiekuna stażu.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu, umożliwi osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie po zakończeniu stażu.

……………………………................ ……………..……………… ………….………………...

(pieczątka i podpis Dyrektora Urzędu) (podpis osoby objętej programem) (podpis i pieczęć Organizatora)

# Załącznik nr 2

Pieczęć Organizatora: ………………………………

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie jestem w stanie likwidacji lub upadłości oraz, że w dniu złożenia wniosku:

1. nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/łam karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: [Dz.U. 2024 poz. 17](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001950), z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j.: [Dz.U. 2023 poz.](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000628) 659, z późn, zm,);
5. nie zmniejszyłem/łam wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem/łam stosunku pracy z pracownikiem w drodze dokonanego przeze mnie wypowiedzenia w okresie ostatnich 3 miesięcy;
6. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/łam ukarany/na lub skazany/na prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz nie jestem objęty/ta postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
7. spełniam warunki określone w: Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 475, z późn. zm.), rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. nr 142, poz. 1160), rozporządzeniu 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) lub w przypadku ubiegania się o pomoc de minimis w rolnictwie 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);
8. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
9. nie podlegam wyłączeniom wynikającym z art. 1 ust. 1 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);
10. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy o zorganizowanie stażu otrzymam pomoc publiczną.

Data, podpis i pieczęć Organizatora: ……….………………………..……………………

# Załącznik nr 3

Myślenice, dnia: ……………………………………

Pieczęć Organizatora: …………………………….

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS I POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Oświadczam, iż (zaznacz prawdziwe stwierdzenie wpisująca X w odpowiednią kratkę):

* w okresie trzech minionych lat**[[1]](#footnote-1)** **nie uzyskałem/łam** pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.*
* w okresie trzech minionych lat**[[2]](#footnote-2)** **uzyskałem/łam** pomoc de minimis i/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości (wypełnij poniższą tabelę):

| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| w PLN | w EUR |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość de minimis** |  |  |

Informuję, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.

Pieczątka i podpis Organizatora: …………………………………………

# Załącznik nr 4

Imię i nazwisko stażysty: .....................................................................................................................

Data urodzenia: ....................................................................................................................................

Adres zamieszkania: ............................................................................................................................

Wymieniony będzie odbywał staż na stanowisku: ……………………….……………..…………...........

1. Charakter pracy:
* praca administracyjno-biurowa
* praca fizyczna
1. W pełnym wymiarze czasu pracy.
2. Czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe:
* praca z komputerem:
* do 4 godzin
* powyżej 4 godzin
* praca na wysokości
* do 3 metrów
* powyżej 3 metrów
* mikroklimat
* zimny
* gorący
* wymuszona pozycja ciała
* praca zmianowa
* stres (decyzyjność)
* częste zmiany temperatury
* pyły – wymienić jakie: ............................................................................................................
* hałas – liczba godzin pracy w hałasie: ....................................., natężenie: ..........................
* czynniki chemiczne – wymienić jakie: ...................................................................................
* inne: .......................................................................................................................................
1. Praca wymagająca:
* kierowania wózkami unoszącymi niskiego składowania
* kierowania wózkami unoszącymi wysokiego składowania
* kierowania podestem samojezdnym
* kierowania samochodem – kategoria prawa jazdy: ..........
* podnoszenia ciężarów
* schylania się
* sprawności psychoruchowej
1. Stosowanie do obowiązujących przepisów w sprawie badań sanitarno-epidemiologicznych:
* kierujemy na badania sanitarno – epidemiologiczne i prosimy o wydanie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do pracy na wyżej wymienionym stanowisku pracy
* nie kierujemy
1. Charakterystyka pracy:
* kontakt z żywnością: TAK/ NIE

Pieczątka i podpis pracodawcy: …………………….……………

# Załącznik nr 5

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH DLA WNIOSKODAWCY W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ I REALIZACJĄ INSTRUMENTÓW FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach, (zwany dalej Urzędem) mający siedzibę przy ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, tel. 12 372-96-04.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
4. realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
5. realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO, ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j.: Dz. U. 2024 poz. 475, z późn. zm.), ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 44, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na ich podstawie;
6. rozpoznanie złożonego wniosku oraz przyznanie dofinansowania i jego rozliczenie przez PFRON.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
8. Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
9. Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
10. PFRON oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach w związku ze wspólnym korzystaniem przez te podmioty z Systemu Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON, zwanego dalej „Systemem SOW”;
11. Podmioty, które na podstawie umów zawartych z administratorami Systemu SOW świadczą usługi wsparcia, np. prawne, pocztowe, informatyczne oraz podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.
12. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie z odrębnymi przepisami.
13. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
14. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
15. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość pisemnie na adres siedziby Urzędu lub na adres poczty elektronicznej: iod@praca.myslenice.pl.

Otrzymałam/em

Data i podpis: ..……………………………………………………………..

# Załącznik nr 6

Myślenice, dnia: ………..………………………...

Pieczęć Organizatora: ……………………………

**Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście.

Jednocześnie zobowiązuje się do złożenia stosownego oświadczenia, w przypadku wystąpienia takiego powiązania bądź gdy zostanę objęty sankcjami, o których mowa powyżej od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia zawarcia umowy oraz w trakcie jej realizacji. Oświadczenie zostanie złożone niezwłocznie od wystąpienia zdarzenia opisanego w zdaniu poprzednim.

Czytelny podpis Organizatora: …………………….…………………………………………

Niniejsze oświadczenie służy stosowaniu:

1. rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;
2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:**

Weryfikacji podmiotu dokonano w dniu ……………… wynik: POZYTYWNY/NEGATYWNY

Podpis pracownika PUP: …………………………………

1. **3 minione lata należy rozumieć w ten sposób, że jeśli składasz niniejsze oświadczenie na przykład w dniu 01 lipca 2025 r., uwzględnieniu podlega pomoc de minimis i pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie udzielona począwszy od dnia 1 lipca 2022 r.** (okres wyrażony w tygodniach, miesiącach lub latach rozpoczyna się na początku pierwszej godziny pierwszego dnia okresu i wygasa wraz z upływem ostatniej godziny dnia ostatniego tygodnia, miesiąca lub roku, który jest takim samym dniem tygodnia lub przypada na tę samą datę, co dzień, w którym okres się rozpoczyna. Jeżeli w okresie wyrażonym w miesiącach lub latach dzień, w którym powinien wygasnąć okres, nie wystąpił w tym miesiącu, okres kończy się wraz z upływem ostatniej godziny ostatniego dnia tego miesiąca) [↑](#footnote-ref-1)
2. Zobacz przypis powyżej. [↑](#footnote-ref-2)