………………………….

 (pieczęć wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 KK\* za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że:**

1. Dane zawarte we wniosku podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym;
2. Zatrudniam – nie zatrudniam\*\* co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą)
3. Jest mi wiadome, że refundacja ,o której mowa w § 1 ust. 1 pkt.1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej stanowi pomoc de minimis w rozumieniu przepisów Rozporządzenia 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;
4. Przyjmuje do wiadomości, że Staroście przysługuje prawo do kontroli wiarygodności danych zamieszczonych
we wniosku oraz zobowiązuje się przedłożyć na życzenie niezbędne dokumenty;
5. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych ani nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
6. Skierowane osoby otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych;
7. Wywiązałem się z warunków innych umów zawartych z PUP w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie odnośnego wniosku;
8. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu do otrzymania refundacji; ogólna kwota przyznanej podmiotowi pomocy *de minimis* nie przekroczyła 200.000 EUR oraz 100.000 EUR w sektorze transportu, w okresie ostatnich 3 lat budżetowych; ogólna kwota przyznanej podmiotowi pomocy de minimis w rybołówstwie nie przekroczyła 30.000 EUR w okresie ostatnich 3 lat budżetowych;
9. Zakład nie jest objęty kontrolą legalności zatrudnienia;
10. Nie istnieją żadne roszczenia wobec mnie egzekucja sądowa czy administracyjna;
11. Zapoznałem się z kryteriami dot. realizacji wniosków w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy os. Niepełnosprawnej ze środków PFRON oraz klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych zamieszczonych na stronie PUP <http://skarzysko.praca.gov.pl/> (ścieżka dostępu do klauzuli <http://skarzysko.praca.gov.pl/ochrona-danych-osobowych>) lub w siedzibie PUP w Skarżysku-Kamiennej;
12. Posiadam zaplecze socjalno-sanitarne i spełniam inne wymagania określone kodeksem pracy w zakresie warunków zatrudniania pracowników;
13. Nie składałem/am\*\* wniosku o refundację ze środków PFRON kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej do innego Urzędu na takie samo stanowisko pracy, o które wnioskuję;
14. Posiadam tytuł prawny do lokalu;
15. Zatrudnię osobę niepełnosprawną na okres **co najmniej 36 miesięcy**;
16. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Urzędu o wszelkich zmianach, które wpływają na treść powyższego oświadczenia ;
17. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy dotyczącej refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem 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 ).

**\* „ Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”**

**\*\* Niepotrzebne skreślić**

 ….. ..…………………………..

 *czytelny podpis wniosk*o*dawcy*