***Załącznik nr 2 do wniosku***

………………………………………………………………………………………………………………………………

*(Nazwa i adres siedziby Wnioskodawcy)*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**ubiegającego się o przyznanie środków na kształcenie ustawiczne z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej** za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego: „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 8 lat”, w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, **oświadczam co następuje:**

1. Zapoznałem/am się i spełniam warunki określone w:

- art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

- Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego .

1. Znana jest mi treść i spełniam warunki określone w:

* Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis .
* Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
* Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 88 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

1. **Jestem** **Pracodawcą** w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r., Kodeks Pracy i mam świadomość konieczności zachowania tego statusu przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
2. **Zalegam/nie zalegam\*** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
3. **Jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
4. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z urzędem pracy, otrzymam pomoc publiczną de minimis.
5. **Ciąży/nie ciąży\*** na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych osób wskazanych we wniosku do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach śroków KFS przez Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu Nowosądeckiego, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetrwarzaniem danych osobowych oraz ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
7. **Złożyłem/nie złożyłem\*** do innego Starosty wniosku o udzielenie dofinansowania ze środków KFS na kształcenie ustawiczne tych samych pracowników.
8. **Zamierzam/nie zamierzam\*** samodzielnie realizować usług edukacyjnych dla własnych pracowników.
9. **Jestem/nie jestem\*** powiązany kapitałowo lub osobowa z usługodawcą realizującym działania w ramach kształcenia ustawicznego.
10. Koszty działań uwzględnionych we Wniosku **zostały/nie zostały\*** określone na podstawie rozeznania rynku w zakresie oferowanych usług.
11. **Oświadczam, że utrzymam/y zatrudnienie pracownika/ków, którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej 6 miesięcy od dnia zakończenia kształcenia ustawicznego.**
12. **Oświadczam, że osoby których dotyczy wniosek o finansowanie kształcenia ustawicznego, ze środków Krajowego Funduszu szkoleniowego nie spełniają definicji osoby współpracującej zgodnie z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracującą 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).**
13. Zaplanowane formy kształcenia ustawicznego **dotyczą/nie dotyczą\*** osób nieświadczących pracy.

**Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

………………… …………………………………………………

Miejscowość i data Pieczątka i podpis Wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania

**\* niepotrzebne skreślić**