Załącznik nr 1 do wniosku

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

 ***\* odpowiednie zaznaczyć „X”***

**Oświadczam co następuje:**

1. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t. j. Dz. U. z 2018r., poz. 117).
2. Jestem pracodawcą w rozumieniu art.2 ust.1 pkt 25 ustawy **z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.**
3. Zatrudniam co najmniej jednego pracownika (pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeksu pracy).
4. Utrzymam zatrudnienie pracownika/ów, którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne finansowane ze środków KFS, przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego.

Przyjmuję do wiadomości, że *Wniosek* pozostaje bez rozpatrzenia, w przypadku:

- niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie lub

- niedołączenia załączników wymaganych zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz.U. z 2018r. poz.117)

1. Pracodawca/ pracownicy wskazani do niniejszego wniosku nie przebywają na urlopach macierzyńskich, ojcowskich, rodzicielskich, wychowawczych i bezpłatnych.
2. 🗌 **JESTEM** 🗌 **NIE JESTEM \* mikroprzedsiębiorcą**
3. 🗌 **JESTEM** 🗌 **NIE JESTEM \* przedsiębiorcą** prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej (w prawie UE za przedsiębiorstwo uważa się podmiot prowadzący działalność gospodarcza bez względu na jego formę prawną)
4. 🗌 **UBIEGAM SIĘ** 🗌 **NIE UBIEGAM SIĘ \*** w innym powiatowym urzędzie pracy o środki KFS na kształcenie ustawiczne osób wymienionych we wniosku o przyznanie środków z KFS w danym roku
5. 🗌 **ZALEGAM** 🗌 **NIE ZALEGAM \*** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych, KRUS oraz innych danin publicznych
6. 🗌 **TOCZY SIĘ** 🗌 **NIE TOCZY SIĘ \*** w stosunku do mojej firmy postepowanie upadłościowe
7. 🗌 **ZOSTAŁ** 🗌 **NIE ZOSTAŁ \*** zgłoszony wniosek o likwidację
8. **Spełniam warunki \***
9. rozporządzenia 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*, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotom gospodarczym przekraczających kwotę 200 tys.€, a w przypadku przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie drogowego transportu towarów – 100 tys. €.

 **🗌 TAK 🗌 NIE 🗌 NIE DOTYCZY**

1. rozporządzenia 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, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 15 tys. €.

 **🗌 TAK 🗌 NIE 🗌 NIE DOTYCZY**

1. rozporządzenia Komisji (WE) 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, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 30 tys. €.

 **🗌 TAK 🗌 NIE 🗌 NIE DOTYCZY**

1. Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc z niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
2. Przyznanie środków z KFS we wnioskowanej wysokości nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w danym roku, o którym mowa w art.69b ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
3. **Zobowiązuję się** do zawarcia umowy z pracownikiem/ami, którego/ych kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków KFS, o której mowa w art.69b ust.3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
4. Zapoznałem się z art.69 a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy .
5. **Pracownicy wskazani we wniosku** 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 jeżeli pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności gospodarczej.
6. **Oferta instytucji szkoleniowej wybrana do realizacji kursu jest konkurencyjna merytorycznie i cenowo w stosunku do ofert innych instytucji szkoleniowych oferujących podobne kursy, studia podyplomowe, egzaminy.**
7. Finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego nie obejmuje kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem.
8. **Działania wskazane we wniosku, nie będę realizować samodzielnie i nie zlecę ich usługodawcy**, z którym jestem powiązany osobowo lub kapitałowo.

 Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania między pracodawcą lub osobami

 upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Środzie Wielkopolskiej, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 117) orazRozporządzeniu Parlamentu 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) (Dz.U. UE L 2016.119.1)
6. Posiadam oświadczenia o wyrażeniu zgody przez osoby, które mają zostać objęte działaniami finansowanymi ze środków KFS na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Środzie Wielkopolskiej dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy i przechowuję je zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
7. Przyjmuję do wiadomości, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego **jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.**
8. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu poprzez złożenie stosownego oświadczenia, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Środzie Wielkopolskiej zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany we wniosku w dniu jego złożenia.
9. **Zapoznałem/łam się i akceptuję treść „Zasad przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Środzie Wielkopolskiej”.**
10. **Zapoznałem/łam się z wzorem umowy i akceptuję jej warunki bez zastrzeżeń.**
11. **Zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o naborze wniosków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w danym roku.**
12. **Dotychczasowe korzystanie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego :**

Rok 2014 **🗌 TAK 🗌 NIE**

Rok 2015 **🗌 TAK 🗌 NIE**

Rok 2016 **🗌 TAK 🗌 NIE**

Rok 2017 **🗌 TAK 🗌 NIE**

Rok 2018 **🗌 TAK 🗌 NIE**

Rok 2019 **🗌 TAK 🗌 NIE**

Rok 2020 **🗌 TAK 🗌 NIE**

Rok 2021 **🗌 TAK 🗌 NIE**

***Prawdziwość informacji zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny („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”) (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 z późn.zm.)***

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

***Data i podpis, z imienia i nazwiska******wnioskodawcy lub osoby upoważnionej***