**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**O OTRZYMANIU LUB NIEOTRZYMANIU POMOCY *DE MINIMIS,***

1. **Oświadczam, że w okresie 3 minionych lat (36 miesięcy wstecz licząc od dnia wypełnienia niniejszego oświadczenia):**

[ ]  **otrzymałem(am) *pomoc de minimis,***

[ ]  **nie otrzymałem(am) *pomocy de minimis****,*

o której mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r., poz. 468).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

W przypadku otrzymania *pomocy de minimis* należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr decyzji, umowy, programu** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |

1. **Oświadczam, że spełniam warunki przyznania pomocy de minimis, które zostały określone w 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 r. ).**

 ….……..………………………

(data i podpis Pracodawcy)

1. **Oświadczam, że w okresie bieżącego roku oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych:**

[ ]  **otrzymałem(am) *pomoc de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie**

[ ]  **nie otrzymałem(am) *pomoc)******de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie**

o których mowa w art. 37 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r., poz. 468).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

W przypadku otrzymania *pomocy de minimis* rolnictwie lub rybołówstwie należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr decyzji, umowy, programu** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |

**Prawdziwość informacji zawartych w oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

 …………………………………………

 (data i podpis Pracodawcy)