Załącznik nr 1 do Wniosku o subsydiowanie zatrudnienia

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej odpisany/a……………………………………………………………………………………….

reprezentujący/a…………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….……………………….…..

/pełna nazwa Pracodawcy i adres/

**Oświadczam, że:**

1. Zatrudnienie osoby niepracującej nastąpi, przy spełnieniu warunku, że utworzone miejsce pracy stanowi **wzrost netto liczby pracowników** w porównaniu ze średnią z ostatnich   
   12 miesięcy. W przypadku, gdy utworzone miejsce pracy nie stanowi wzrostu netto liczby pracowników, utworzone miejsce pracy zostało zwolnione w następstwie:
2. dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy,
3. przejścia na rentę z tytułu niezdolności do pracy,
4. przejścia na emeryturę z tytułu osiągniecia wieku emerytalnego,
5. dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub
6. rozwiązania stosunku pracy z powodu naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych.
7. Nie posiadam żadnych zaległości z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych   
   w ZUS.
8. Nie posiadam żadnych zaległości podatkowych w US.
9. Osoba niepracująca w ramach subsydiowanego zatrudnienia będzie zatrudniona na umowę   
   o pracę na zasadach elastycznych form zatrudnienia (EFZ) oraz otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych   
   i norm wewnątrzzakładowych przysługujące obecnie zatrudnionym pracownikom   
   na podobnym lub tym samym stanowisku.
10. Zobowiązuję się do zatrudnienia Pracownika po upływie okresu subsydiowania zatrudnienia zgodnie z deklaracją zatrudnienia, wskazaną we Wniosku na subsydiowanie zatrudnienia oraz zgodnie z zapisami § 3 ust. 6 Regulaminu subsydiowania zatrudnienia   
    w ramach projektu pn. „*Opolskie pracuje elastycznie*”.
11. Zakład nie jest w stanie likwidacji lub upadłości.
12. Zobowiązuje się informować Beneficjenta o wszelkich przypadkach wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z zatrudnionym Pracownikiem.
13. Zapoznałem się z Regulamin subsydiowania zatrudnienia w ramach projektu   
    „*Opolskie pracuje elastycznie*” wraz z jego załącznikami.

………………………………….. ……………………………………

*(miejscowość i data) (czytelny podpis Pracodawcy lub*

*Osoby umocowanej do jego reprezentowania*

**Czy podmiot kwalifikuje się do objęcia pomocą *de minimis*?[[1]](#footnote-1)**

* **tak,**
* **nie.**

**W przypadku podmiotów kwalifikujących się do objęcia pomocą *de minimis* (zaznaczenia tak), oświadczam, że:**

1. Spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis.*
2. Zatrudnienie osoby niepracującej nastąpi w ramach pomocy *de minimis.*
3. Nie otrzymałem pomocy przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o *pomoc de minimis*.

………………………………….. ……………………………………

*(miejscowość i data) (czytelny podpis Pracodawcy lub*

*Osoby umocowanej do jego reprezentowania*

1. należy odpowiednie zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)