**Załącznik do wniosku nr 2**

**IX. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

*Oświadczam, że wszystkie informacje podane w poniższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy przedstawianiu informacji.*

**1. Zapoznałem/-am** się i akceptuję treść „Zasad przyznawania i finansowania kształcenia ustawicznego pracowników   
i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego” obowiązujących w danym roku.

**2.** Oświadczam, że wskazane do objęcia wsparciem osoby pozostają w stosunku pracy przez cały okres realizacji działania. W przypadku zmiany terminu zaplanowanych działań wykraczających poza okres zawartej umowy o pracę zobowiązuję się do jej wydłużenia na minimum czas trwania działania.

**3. Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych a także wobec Urzędu Skarbowego.

**4. Jestem / nie jestem\***  **osobą współpracującą w stosunku do wskazanego we wniosku uczestnika tj.** małżonek, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodzic, macocha i ojczym pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności (bez względu na to, czy członek rodziny współpracuje w działalności na podstawie umowy o pracę, czy też pomaga nieodpłatnie, dla celów ZUS uważany jest za osobę współpracującą)

**5.**Oświadczam, **że jestem / nie jestem\*** powiązany osobowo lub kapitałowo z realizatorem kształcenia.

**6.Toczy się / nie toczy się****\*** w stosunku do nas postępowanie upadłościowe inie został zgłoszony wniosek o likwidację.

**7. Byłem/ -a / nie byłem/ -am** karany /-a zakazem dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r., o finansach publicznych.

**8**.Oświadczam, że **ciąży / nie ciąży** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy, podać numer decyzji komisji.

**9.** Jestem świadomy, że dane osobowe dotyczące mojej osoby/dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane dla celów związanych   
z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117), zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

**10. Zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowie Wielkopolskim jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

11. **Współpracuje / nie współpracuje\*** z osobami / podmiotami wobec których stosowane są środki sanacyjne z uwagi na bezpośredni lub pośredni sposób wspierania działań wojennych Federacji Rosyjskiej.

\* niepotrzebne skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *……………………………………………………………*  *(miejscowość, data)* |  | *………………………………………………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*  *do reprezentowania pracodawcy)* |