**Załącznik nr 7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane albo pieczątka Pracodawcy**:  …………………….…………  (nazwa)  …………………………….…  (adres siedziby)  …………………….…………  (NIP) |  |  |

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że:

1. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz   
   z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
3. **Posiadam / nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
4. **Podlegam / nie podlegam**\* stosowaniu Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego - aktualny tekst znajduje się na stronie: warszawa.praca.gov.pl
5. **Podlegam stosowaniu / nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
6. **Podlegam / nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
7. **Podlegam / nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
8. **Byłem(am) / 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 2009 r. o finansach publicznych.
9. 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.
10. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
11. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.**
12. **Wszyscy pracownicy wskazani we wniosku są zatrudnieni na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.**
13. Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
14. **Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia na piśmie Urzędu Pracy m.st. Warszawy, jeżeli   
    w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**
15. **Zapoznałem się z Zasadami przyznawania pracodawcy środków rezerwy KFS obowiązującymi   
    w Urzędzie Pracy m.st. Warszawy w 2025 r. i zobowiązuję się ich przestrzegać**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *………………………………………………………*  *(podpis Pracodacy lub osoby upoważnionej*  *do reprezentowania)* |

*\* niepotrzebne skreślić lub poprawne zaznaczyć*