Załącznik nr 2 do Regulaminu

………………………………….

………………………………….

………………………………….

/oznaczenie pracodawcy/

**OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

W związku z ubieganiem się o przyznanie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego (Dz.U. 1997 Nr 88, poz. 553): „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.” oświadczam, że:

1. prowadziłem działalność przez okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej, nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej,
2. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
3. nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
4. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
5. nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
6. nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. Nr 197, poz. 1661, z późn. zm.) oraz w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku, nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem, za naruszenie praw pracowniczych lub nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,
7. nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,
8. nie rozwiązałem w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników,
9. nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej,
10. nie toczy się w stosunku do reprezentowanego przeze mnie podmiotu postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o jego likwidację,
11. jest mi znana treść Regulaminuw sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zakopanem oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. 2011, Nr 62, poz. 317),
12. wszystkie dane, informacje i oświadczenia podane lub załączone do wniosku, są zgodne z prawdą.

………………………………………

/data, podpis i pieczęć pracodawcy/