POWIATOWY URZĄD PRACY W ZAKOPANEM
UL. KS. STOLARCZYKA 14
34-500 ZAKOPANE

TEL/FAX 18 20 154 79
EMAIL: krza@praca.gov.pl
zakopane.praca.gov.pl

……..,dnia ……
/miejscowość, data/

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany / podpisana

……
(imię, nazwisko, adres zamieszkania)
nr PESEL …….,

oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymanie przez mojego współmałżonka ……
(imię, nazwisko, adres zamieszkania) nr PESEL …….. środków na podjęcie działalności gospodarczej w kwocie ……. PLN (słownie: …….…… PLN).

Równocześnie oświadczam, że jestem świadomy / świadoma, iż w przypadku niedotrzymania warunków umowy o przyznanie jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej będę zobowiązany/-na do zwrotu przyznanych środków wraz z ustawowymi odsetkami.

……..
/data i podpis współmałżonka wnioskodawcy/

……..
/data i podpis pracownika Urzędu/