

OŚWIADCZENIE PODMIOTU

**/przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi
rehabilitacyjne, niepublicznego przedszkola lub szkoły/**

Oświadczam, że:

1. **Wykonywałem(am)*** działalność gospodarczą przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej), a w przypadku niepublicznego przedszkola i szkoły – **prowadziłem(am)*** działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

☐ – tak ☐ – nie

2. W okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku zmniejszyłem(am) wymiar czasu pracy pracownika z przyczyn dotyczących zakładu pracy.*

☐ – tak ☐ – nie

W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy z innych przyczyn, wymiar czasu pracy został uzupełniony. *

☐ – tak ☐ – nie ☐ – nie dotyczy

3. W okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku zmniejszyłem(am) stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy *.

☐ – tak ☐ – nie

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia z innych przyczyn, stan zatrudnienia został uzupełniony.

☐ – tak ☐ – nie ☐ – nie dotyczy

4. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy **zmniejszyłem*** wymiar czasu pracy pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

☐ – tak ☐ – nie

5. W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy z innych przyczyn, wymiar czasu pracy zostanie uzupełniony.

☐ – tak ☐ – nie

6. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy **rozwiązałem*** stosunek pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

☐ – tak ☐ – nie

7. W przypadku rozwiązania stosunku pracy z innych przyczyn, stan zatrudnienia zostanie uzupełniony.

☐ – tak ☐ – nie

8. **Zalegam*** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

☐ – tak ☐ – nie

9. **Zalegam*** na dzień złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.

☐ – tak ☐ – nie ☐ – nie dotyczy

10. **Zgłaszałem(am)** do ubezpieczeń społecznych pracowników lub inne osoby podlegające obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń.

☐ – tak ☐ – nie ☐ – nie dotyczy

11. **Zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.

☐ – tak ☐ – nie

12. **Posiadam*** w dniu składania wniosku nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.

☐ – tak ☐ – nie

13. **Jako**

w okresie ostatnich 2 lat nie byłem(am) prawomocnie skazany/a za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. –Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. –Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

☐ – tak ☐ – nie

14. **Jako**

**

nie zostałem(am)* w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy skazany(a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i ** objęty(a) postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.

☐ – tak ☐ – nie

15. **Podlegam*** na dzień złożenia wniosku wyłączeniu/wykluczeniu na podstawie odrębnych przepisów, w tym w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.

☐ – tak ☐ – nie

16. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

☐ – tak ☐ – nie

17. Zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną.

☐ – tak ☐ – nie

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć wnioskodawcy, osoby reprezentującej wnioskodawcę
lub osoby zarządzającej wnioskodawcą)

* - właściwe zaznaczyć X.

** - wybrać z listy.