**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE WIELKOŚCI POMOCY PUBLICZNEJ OTRZYMANEJ**

**W ODNIESIENIU DO KOSZTÓW KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ DO OBJĘCIA POMOCĄ**

**Oświadczam, że w okresie od dn.** ………………………….. **r. do dn.** …………………………… r.

 (okres kształcenia młodocianego pracownika)

**kształcenia młodocianego pracownika** ……………………………………………………………….

 (imię i nazwisko młodocianego pracownika)

**podmiot:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko / nazwa, miejsce zamieszkania i adres / siedziba firmy i adres podmiotu ubiegającego się o pomoc de minimis)

**otrzymał pomoc de minimis** z Wojewódzkiej Komendy OHP, z tytułu zawartej umowy o refundację wynagrodzeń wypłacanych w/w młodocianemu pracownikowi oraz składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w wysokości: …………………………... zł,

(słownie złotych: ………………………………………………...……………………………………..),

**Dane pracodawcy lub osoby upoważnionej do podpisania oświadczenia:**

 ..…………..……..………….. …….……………….……………

 imię i nazwisko, data, podpis / pieczęć

stanowisko służbowe