_____ _____

*Nazwa i adres Wnioskodawcy/Gabinetu lekarskiego* *Miejscowość i data*

# OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POMOCY DE MINIMIS

## 1. OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS

☐ **Nie dotyczy**

W związku z ubieganiem się _____ o przyznanie
*nazwa Podmiotu kierującego na szkolenie/Gabinetu lekarskiego*
dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat kalendarzowych została mi udzielona pomoc de minimis:

| Lp. | Dzień udzielenia pomocy | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy | Wartość otrzymanej pomocy | | | | Przeznaczenie pomocy publicznej |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Brutto | | Netto | | |
| | | | | | | PLN | Euro | PLN | Euro | |
| POMOC *DE MINIMIS* | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| | | | | | SUMA: | | | | | |

Ja, niżej podpisany jestem pouczony i świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 271 Kodeksu Karnego.

_____
podpis i pieczątka osoby upoważnionej reprezentowania Podmiotu/ *Gabinetu lekarskiego*

## 2. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O NIEOTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS

❑ **Nie dotyczy**

W związku z ubieganiem się _____ przyznanie
*nazwa Podmiotu kierującego na szkolenie/Gabinetu lekarskiego*
dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, oświadczam, _____ ***nie otrzymał/a pomocy de minimis.***
*nazwa Podmiotu kierującego na szkolenie/Gabinetu lekarskiego*
Ja, niżej podpisany jestem pouczony i świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 271 Kodeksu Karnego.

_____
podpis i pieczątka osoby upoważnionej reprezentowania Podmiotu/*Gabinetu lekarskiego*