*Załącznik*

*do wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

*(dla żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne)*

………………………………………

*Pieczęć żłobka lub klubu dziecięcego lub*

*podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne*

***OŚWIADCZENIE ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO LUB PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE***

Pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 1a K.K. (§ 1 „kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od  
6 miesięcy do lat 8”).

§ 1a. „Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę   
z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”);

oświadczam, że:

***\*/niewłaściwe skreślić/:***

1) **nie rozwiązałem / rozwiązałem**\* stosunek pracy z pracownikiem(ami) w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne, albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników   
w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz   
**nie rozwiążę / rozwiążę\*** stosunek pracy z pracownikiem(ami) w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne, albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;

2) w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:

**nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika/(ów) / obniżyłem wymiar czasu pracy pracownika/(ów)\*** na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1pkt 1 ustawy z dnia   
2 marca2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, zwanej dalej "ustawą COVID-19", lub na podstawie aneksu   
do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19;

3) w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji:

**nie obniżę wymiaru czasu pracy pracownika/(ów) / zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika/(ów)\*** na podstawie na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, zwanej dalej "ustawą COVID-19", lub na podstawie aneksu   
do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19;

4) **nie zalegam** / **zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

5) **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;

6) **nie posiadam / posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

7) **byłem** / **nie byłem karany\*** w okresie ostatnich 2 lat przed złożeniem wniosku   
za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2024r. poz. 17) lub ustawy z dnia 28 października 2002r.   
o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 659);

8)wokresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem / nie zostałem\* skazany** prawomocnym wyrokiem sądu za naruszenie praw pracowniczych oraz **jestem / nie jestem\*** **objęty** postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;

9) **zobowiązuje się** do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia   
o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc publiczną;

***UWAGA!***

***\*Oświadczenie należy wypełnić poprzez skreślenie niewłaściwej treści!***

…………………… ………………………………………..

*Miejscowość i* *data pieczęć i podpis żłobka lub klubu dziecięcego*

*lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne*