



Załącznik nr 4 do wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia

.....  
*Nazwa i adres lub pieczęć Podmiotu/Przedsiębiorcy*

### OŚWIADCZENIE – ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Ja, niżej podpisany/a.....

/imię i nazwisko/

reprezentujący/a

.....

.....

/pełna nazwa Podmiotu/Przedsiębiorcy i adres/

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję na dzień składania niniejszego oświadczenia **nie posiada żadnych zaległości z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.**

.....

*(miejsowość i data)*

.....

*Podpis/y osób upoważnionych do reprezentacji Podmiotu*



