**Załącznik nr 5**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY *DE MINIMIS***

**Świadomy/a, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 k.k. podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że:**

..........................................

*(imię i nazwisko albo nazwa, adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wnioskodawcy)*

w okresie bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat nie otrzymałem/am pomocy   
*de minimis*

w okresie bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat otrzymałem/am pomoc   
*de minimis* w następującej wielkości (proszę wypełnić poniższą tabelę\*):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot udzielający  pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy  (dd-mm-rr) | Wartość pomocy brutto | |
| w PLN | w EUR |
|  | .............................. | .................. | .................... | ............... | ................ |
|  | ..................... | ....................... | .............. | ............... | ................... |
|  | ........................ | ................... | .............. | ................ | ............. |
|  | ............................ | .................... | .................. | ...................... | ................. |
|  | | | **Łączna wartość pomocy *de minimis*** | ................ | ................... |

w okresie bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat w/w otrzymał pomoc *de minimis*  
i w załączeniu przedkłada zaświadczenia o pomocy *de minimis*

**OŚWIADCZENIE O NIEOTRZYMANIU/OTRZYMANIU POMOCY PUBLICZNEJ**

**Świadomy/a, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 k.k. podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

*(imię i nazwisko albo nazwa, adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wnioskodawcy)*

nie otrzymałem/am pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*.

otrzymałem/am pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*.

Dane osoby upoważnionej do podpisania oświadczeń:

.................. ........................... ...................... ...........................

imię i nazwisko nr telefonu data i podpis stanowisko służbowe

**\***wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis,* jakie Beneficjent Ostateczny otrzymał w bieżącym roku oraz dwóch poprzedzających go latach