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

…………………………………………..…….……………………..

*Nazwa i adres lub pieczątka 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.**

………………………………..

*(miejscowość i data) ……………………………………………………..*

*Podpis/y osób upoważnionych do reprezentacji Podmiotu*