Załącznik nr 5

Do Regulaminu odbywania subsydiowanego zatrudnienia

oraz doposażenia stanowiska pracy

**Wniosek o wyposażenie/ doposażenie stanowiska pracy**

1. **Wnioskuję o wyposażenie stanowiska pracy**

**…………………………………………………………………………… (podać nazwę stanowiska)**

1. **Informacje dotyczące podatku Vat:**
2. **[ ]  TAK -** Jestem podatnikiem podatku od towarów i usług VAT.

**[ ]  NIE -** Nie **j**estem podatnikiem podatku od towarów i usług VAT

1. **Szczegółowa specyfikacja wydatków dotycz**ą**cych wyposa**ż**enia stanowiska pracy stażysty, w szczególno**ś**ci na zakup** ś**rodków trwałych, urz**ą**dze**ń**, maszyn, w tym** ś**rodków niezb**ę**dnych do zapewnienia zgodno**ś**ci stanowiska pracy z przepisami bezpiecze**ń**stwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Szczegółowa nazwa środków trwałych, urządzeń, maszyn wraz z uzasadnieniem** | **Źródło finansowania (dofinansowanie- D****wkł.własny- W** | **Ilość** | **Cena netto** | **Vat** | **Cena brutto** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |
|  | **Ogółem kwota dofinansowania (D) w zł:** |  |  |  |
|  | **Ogółem kwota wkładu własnego (W) w zł:**  |  |  |  |
|  | **Ogółem (D + W) w zł:**  |  |  |  |

1. **Podmiot posiada możliwość zorganizowania dodatkowych miejsc pracy (opisać warunki lokalowe):**

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

1. **Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez uczestnika projektu:**

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

1. **wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać uczestnik projektu dla którego przeznaczone jest doposażane stanowisko** pracy:

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

1. **Informacje dotyczące rachunku bankowego, na który mają zostać przelane środki:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Numer rachunku bankowego:**  |  |

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

*Pieczątka i podpis Podmiotu przyjmującego*

*na staż/praktykę zawodową*

**Załączniki:**

1. wypełnione i podpisane oświadczenia – stanowiące załącznik nr 1 do wniosku,
2. oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - stanowiące załącznik nr 2 do wniosku
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. (poz. 1543).,
4. lub inne dokumenty wymagane przez Organizatora stażu/praktyki zawodowej na etapie ubiegania się o wyposażenie stanowiska pracy stażysty/praktykanta.

Załącznik nr 1

do wniosku o wyposażenie stanowiska pracy

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a…………...……………………………………………..……….........................................................................…

 /imię i nazwisko/

reprezentujący/a *…………………………….…………………………......................................................................................................................…*

*……………………………………………………….……..................................………………………………………………………………..……………*

/pełna nazwa podmiotu i adres/

**Oświadczam, że:**

1. W okresie 12 miesięcy przed dniem zgłoszenia wniosku nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie, nie znajduję się w stanie likwidacji lub upadłości, jak również nie został złożony lub przewiduje się złożenia wobec mnie/mojego przedsiębiorstwa wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego
2. Utworzone miejsce pracy w ramach subsydiowanego zatrudnienia stanowi wzrost netto liczby pracowników w moim przedsiębiorstwie w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy, a w przypadku gdy utworzone miejsce pracy nie stanowi wzrostu netto liczby pracowników zatrudnionych u danego przedsiębiorcy, utworzone miejsce pracy zostało zwolnione w następstwie dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy, przejścia na rentę z tytułu niezdolności do pracy, przejścia na emeryturę z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego, dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub rozwiązania stosunku pracy z powodu naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych.
3. Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy publicznej, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej taką pomoc za niezgodną z prawem oraz z rynkiem wewnętrznym.
4. Moje przedsiębiorstwo działa na rynku przez okres co najmniej 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku;
5. Nie zalegam z wypłacaniem wynagrodzeń oraz opłaceniem należności na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych, innych danin publicznych oraz nie posiadam nieuregulowanych zobowiązań cywilnoprawnych;
6. Nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie projektu za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1137) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1212, z późn. zm.);
7. nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej w rozumieniu Komunikatu Komisji Europejskiej – Wytyczne wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (2014/C 249/01);
8. podmiot, przedszkole oraz szkoła w okresie 6 miesięcy przed dniem podpisania umowy nie zmniejszył wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązał stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę.

*………………………………….. …………………………………..............................................................*

miejscowość i data pieczęć i podpis osoby upoważnionej

 do reprezentowania Podmiotu

1. **Otrzymałem/nie otrzymałem\*** pomoc przeznaczoną na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.

*………………………………….. …………………………………..................................................……..*

miejscowość i data pieczęć i podpis osoby upoważnionej

 do reprezentowania Podmiotu

Załącznik nr 2

do wniosku o wyposażenie stanowiska pracy

…………………………….………… ……….....……………………………….

*(nazwa i adres podmiotu ) (miejsce i data)*

**Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis**

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe **otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** środków stanowiących pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem: |  |  |

Ja, niżej podpisany oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

\* niepotrzebne skreślić

 …………………………………..…………………

 (podpis Podmiotu )