………………………………………………………….. Załącznik nr 3

 (pieczątka wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne**

W związku zwyposażeniem lub doposażeniem stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej:

1. związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć – żłobkom lub klubom dziecięcym tworzonym i prowadzonym przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3;
2. związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych – przedsiębiorcy lub przedsiębiorstwu społecznemu, prowadzącym działalność polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych;
3. stanowiska pracy dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym dla skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej;
4. Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:
5. jako wnioskodawca, osoba reprezentująca wnioskodawcę lub osoba zarządzająca wnioskodawcą w okresie ostatnich 2 lat nie byłem(am) prawomocnie skazany(a) za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
6. jako wnioskodawca na dzień złożenia wniosku nie zalegam z:
7. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
8. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
9. z opłacaniem innych danin publicznych;
10. wnioskodawca nie posiada nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
11. nie został zmniejszony wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – został uzupełniony wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie funkcjonowania, w przypadku wykonywania działalności gospodarczej krócej niż 6 miesięcy.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

……………………………………………………………………………………….

 (podpis wnioskodawcy, osoby reprezentującej wnioskodawcę

 i osoby zarządzającej wnioskodawcą)