

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
Wnioskodawca

.....
(adres)

OŚWIADCZAM, ŻE

- 1) jako wnioskodawca zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, w tym zwrotu kwoty refundacji w przypadku niedotrzymania warunków umowy (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej).
- 2) nie jestem podmiotem, na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy wynikającej z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem.
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego przedsiębiorstwa (w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych), dla celów wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.).
- 4) informacje zawarte we wniosku Wn-W oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych danych.

.....
(podpis/y wnioskodawcy lub osób(y) uprawnionej/yh
do reprezentowania wnioskodawcy)