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

 (pieczęć pracodawcy) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

**W SPRAWIE POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że:

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

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

(imię i nazwisko /nazwa, adres / siedziba, NIP pracodawcy)

w okresie ostatnich trzech lat liczonych w sposób ciągły od dnia złożenia wniosku (3 x 365 dni) otrzymano/nie otrzymano\* pomocy de minimis w wysokości ogółem:

............................................................................zł

(słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………….)

co stanowi równowartość ................................................... euro,

(słownie euro: …………………………………………………………………………………).

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

(podpis pracodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

*Administratorem Pani/a danych osobowych przetwarzanych przez Urząd Miejski w Stargardzie jest Prezydent Miasta Stargard. Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się pod adresem e-mail* *iod@um.stargard.pl**. Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie przepisów Prawa oświatowego w celu dofinansowania kosztów kształcenia młodocianego pracownika. Przysługuje Pani/u prawo wglądu
do swoich danych osobowych, prawo sprostowania danych osobowych oraz prawo wniesienia skargi
do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe- wynika
z przepisu prawa. Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie internetowej Urzędu Miejskiego oraz na tablicy umieszczonej przy Biurze Obsługi Klienta.*