

.....
Imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
Funkcja pełniona w podmiocie
będącym organizatorem prac
interwencyjnych

OŚWIADCZENIE

OSOBY REPREZENTUJĄCEJ PODMIOT LUB NIM ZARZĄDZAJĄCEJ

Oświadczenie wypełnia każda z osób reprezentujących organizatora lub nim zarządzająca

Oświadczam że:

Zaznaczyć właściwe X

1. ☐ 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, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

☐ w okresie ostatnich 2 lat **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, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
2. ☐ **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

☐ **Zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom lub opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. ☐ **Nie zalegam** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.

☐ **Zalegam** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
4. ☐ **Nie zalegam** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.

☐ **Zalegam** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.

5. Oświadczam, że treść informacji podanych w/w oświadczeniu jest zgodna z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis