



ZAŁĄCZNIK NR 5 do dokumentu: Regulamin wsparcia szkoleniowego i doradztwa biznesowego oraz przyznawania środków finansowych na rozpoczęcie działalności gospodarczej – minimalny zakres w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027 (FST)

.....
(nazwa i adres Uczestnika/ Uczestniczki projektu)

.....
(miejsce i data)

ZBIÓR OŚWIADCZEŃ UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU

Korzystając w pełni z praw publicznych i posiadając pełną zdolność do czynności prawnych, zgodnie ze stanem faktycznym i w pełni świadomy/świadoma, oświadczam że:

- 1) **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia Biznesplanu z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie i w pełnej wysokości należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych¹;
- 2) **nie korzystam / korzystam*** w dniu złożenia Biznesplanu, równoległe z innymi środkami publicznymi, w tym zwłaszcza środkami Funduszu Pracy, PFRON oraz środkami oferowanymi w ramach FST na pokrycie wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej;
- 3) **nie byłem karany / byłem karany*** za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, w okresie 2 lat przed dniem złożenia Biznesplanu;
- 4) **nie posiadam / posiadam*** w dniu złożenia Biznesplanu nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych, z tytułu zajęć sądowych i administracyjnych;

¹ Pkt 1 – dotyczy wyłącznie Uczestników projektu, którzy posiadali zarejestrowaną działalność gospodarczą w okresie dłuższym niż 12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu oraz osób, które prowadziły działalność poza terytorium Polski



- 5) **jestem / nie jestem*** objęty postępowaniem sądowym, egzekucyjnym lub windykacyjnym dotyczącym niespłaconych zobowiązań.

.....
(*miejsowość, data*)

.....
(*pieczęć i podpis Uczestnika/ Uczestniczki projektu
lub osoby upoważnionej do reprezentacji/
pełnomocnika*)

* Niepotrzebne skreślić