

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

.....
(seria i nr dowodu osobistego)

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany upoważniam:

Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie

.....
(nazwa firmy)

ul. Mickiewicza 39, 70-383 Szczecin

.....
(adres siedziby firmy)

do wystąpienia do **Krajowego Rejestru Długów Biura Informacji Gospodarczej S.A.** o ujawnienie informacji gospodarczych dotyczących mojej osoby, w tym zobowiązań pieniężnych w zakresie: tytułu prawnego, kwoty i waluty, kwoty zaległości, daty powstania zaległości informacji o postępowaniach dotyczących zobowiązania (podstawa prawna art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o udostępnianiu informacji gospodarczych i wymianie danych gospodarczych – Dz.U. z 2023 r. poz. 2160 t. j.)

.....
(czytelny podpis konsumenta)

..... ,

(miejscowość, data)

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

.....

PESEL:

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 k.k.

Oświadczam, że:

1. posiadam aktualne orzeczenie (ZUS) o niezdolności do pracy / orzeczenie (Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności) o stopniu niepełnosprawności*,
2. obecnie pozostaję / nie pozostaję* w zatrudnieniu,
3. jestem zarejestrowany(a) w PUP w Szczecinie jako bezrobotny(a) / poszukujący(a) pracy*,
4. korzystałem(am) / nie korzystałem(am) * z bezzwrotnych środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej / rolniczej / w formie spółdzielni socjalnej*,
5. otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am) * pomoc publiczną i pomoc *de minimis* w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i poprzedzające go dwa lata podatkowe ** w wysokości euro,
6. obecnie prowadzę / nie prowadzę* działalności gospodarczej / rolniczej / w formie spółdzielni socjalnej*,
7. prowadziłem(am) / nie prowadziłem(am)* samodzielnie lub wspólnie z innymi osobami lub podmiotami działalności gospodarczej / rolniczej / w formie spółdzielni socjalnej* w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

Ponadto oświadczam, że:

1. przyjmuję do wiadomości, że Powiatowemu Urzędowi Pracy w Szczecinie przysługuje prawo do weryfikacji wiarygodności danych zamieszczonych we wniosku oraz zobowiązuję się przedłożyć na życzenie Urzędu niezbędne dokumenty,
2. spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji UE Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023),
3. wykorzystam środki zgodnie z przeznaczeniem,
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie /także w przyszłości/ w rozumieniu ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych /Dz. U. z 2019 poz. 1781 tekst jedn./ moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie w celach związanych ze złożonym wnioskiem o udzielenie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej.

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

**osoba ubiegająca się o pomoc *de minimis* jest zobowiązana do złożenia wraz z wnioskiem o udzielenie pomocy, wszystkich zaświadczeń o pomocy *de minimis*, jakie otrzymała w okresie trzech minionych lat.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL:

Nr dowodu osobistego

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ZOBOWIĄZANIACH

Niniejszym oświadczam, że jestem / nie jestem*/ zobowiązany do spłaty zobowiązania z tytułu
zawartej umowy: o kredyt konsumencki / innej umowy*/ (wymienić jakiej)

.....
Wysokość zobowiązania (pozostała do spłaty kwota): zł*/

(słownie:).

Zaległość w spłacie zobowiązania (powstała wskutek nieterminowej spłaty): zł*/

(słownie:).

Nazwa, adres i nr telefonu kredytodawcy / wierzyciela:

.....
.....

Pouczony(a) o odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. –
Kodeks karny — prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

*/ niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA WNIOSKODAWCY

Ja, niżej podpisana/y.....
(imię i nazwisko współmałżonka Wnioskodawcy)

pozostająca/y we wspólności majątkowej małżeńskiej z.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkała/y.....

oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie w celu niezbędnym do zawarcia umowy przyznającej środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podjęcie działalności gospodarczej / rolniczej / w formie spółdzielni socjalnej* przez moją żonę / mojego męża*

.....
zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r. str.1, ze zm.).

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis składającego oświadczenia

*niepotrzebne skreślić