**Załącznik nr 5 - Oświadczenie Pracodawcy o niezaleganiu wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nazwa, adres, NIP Pracodawcy)*

**OŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU Z NALEŻNOŚCIAMI   
WOBEC ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

W związku z ubieganiem się o przyznanie wsparcia w ramach Projektu "Gotowi na zmiany" (nr Projektu: RPDS.08.02.00-02-0118/18) realizowanego w ramach Osi priorytetowej 8 Rynek pracy, Działania 8.2 Wsparcie osób poszukujących pracy, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 przez Sudecki Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Świdnicy, niniejszym oświadczam/y, że nie zalegam/y z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Świadomy/świadomi odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 oraz 297 Kodeksu karnego za podanie w niniejszym oświadczeniu nieprawdy, potwierdzam/y własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych powyżej.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych   
do reprezentacji Pracodawcy)*