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

  *(miejscowość, data)*

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

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

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

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

 *(Nazwa, adres Pracodawcy)*

Oświadczenie

1. Oświadczam, że na podstawie przepisów ustawy z dnia 2 marca 2020 r. ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r., poz. 374 z późn.zm.) Złożono wniosek RDZ do ZUS dotyczący zwolnienia z opłacania składek następujących poprzez umorzenie należności:

na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne oraz Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub Fundusz Emerytur Pomostowych **za osoby ubezpieczone, za:**

|  |
| --- |
|  |

 marzec 2020 r.

|  |
| --- |
|  |

 kwiecień 2020 r.

|  |
| --- |
|  |

 maj 2020 r.

1. Oświadczam, że nie otrzymałem dofinansowania na ten sam cel z innych środków publicznych,
2. Oświadczam, że nie ubiegałem się i nie będę ubiegał się o pomoc w odniesieniu do tych samych pracowników w zakresie takich samych tytułów wypłaty na rzecz ochrony miejsc pracy

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

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

 *(Podpis i pieczątka Pracodawcy)*