Sadlinki, dnia ……………………….….

……………………………………………………

 *(NAZWISKO I IMIĘ)*

*……………………………………………………*

 *(ADRES)*

*……………………………………………………*

*……………………………………………………*

 *(NIP)*

**Wójt Gminy Sadlinki**

**Oświadczenie**

**dla celów pomocy publicznej**

**1. Określenie wielkości beneficjenta pomocy publicznej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **wyszczególnienie** | **właściwe zaznaczyć znakiem „X”** |
| 1 | mikroprzedsiębiorca ( do 10 zatrudnionych) |  |
| 2 | mały przedsiębiorca ( 10-50 zatrudnionych) |  |
| 3 | średni przedsiębiorca ( 50-250 zatrudnionych) |  |
| 4 | inny przedsiębiorca |  |

**2. Informacja o rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc /klasa działalności PKD/:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Klasa PKD** | **Nazwa grupowania** | **TAK/NIE (wpisać właściwą odpowiedź)** |
| 1. | 01.50 | Uprawy rolne połączone z chowem i hodowlą zwierząt (działalność mieszana) |  |
| 2. | 01.19 | Pozostałe uprawy rolne inne niż wieloletnie |  |
| 3. |  |  |  |

**(\*)** jeżeli klasa PKD jest inna niż wymieniona w pozycji 1, proszę podać właściwą klasę PKD w pozycji 3.

**3. Czy na wnioskodawcy ciąży obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy?**

 Tak Nie

……………………………………………………..

 *(czytelny podpis)*