

Oświadczenie/zobowiązanie do zatrudnienia

W imieniu Wnioskodawcy (imię i nazwisko / nazwa podmiotu ubiegającego się o pomoc) zobowiązuję się do (proszę wybrać):

- utworzenia oraz utrzymania (podaj liczbę miejsc pracy utworzonych w ramach operacji, w przeliczeniu na pełne etaty średnioroczne zgodnie z *Rozporządzeniem*¹) miejsc pracy przez okres trwałości operacji (zaznacz X odpowiednio do rodzaju operacji):
- 2 lata liczone od dnia wypłaty płatności końcowej (dla podejmowania działalności gospodarczej)
 - 3 lata liczone od dnia wypłaty płatności końcowej (dla rozwoju działalności gospodarczej)
 - 5 lat liczone od dnia wypłaty płatności końcowej (inne, niż wymienione powyżej)
- w tym zatrudnienia osoby z grup defaworyzowanych w wymiarze (podaj liczbę, w przeliczeniu na pełne etaty średnioroczne) i utrzymanie tego zatrudnienia przez okres trwałości operacji określony *Rozporządzeniem*¹ (wskaż X grupę defaworyzowaną):
- kobiety
 - osoby niepełnosprawne
 - osoby 55+ tj. w wieku 55 lat i powyżej

.....
(data i podpis/y osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)

