Załącznik nr 1 do wniosku KFS

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

/nazwisko i imię albo firma wnioskodawcy; adres/

**INFORMACJA O POMOCY PUBLICZNEJ DE MINIMIS**

**otrzymanej w okresie trzech pełnych lat wstecz przed złożeniem wniosku**

w ramach zasady *de minimis* w rozumieniu:

* Rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. 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),
* Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. *w sprawie stosowania art. 107  
   i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013),
* Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. *w sprawie stosowania art. 107  
   i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa  
   i akwakultury* (Dz. Urz. UE L 190 poz. 45 z 28.06.2014),

tzn. jeżeli łączna wartość otrzymanej pomocy publicznej w okresie 3 lat minionych (3x365 dni) nie przekroczyła 300 000 EURO

**Oświadczam, że otrzymałem (am) / nie otrzymałem (am)**[[1]](#footnote-1)\* w okresie

od …………………… do ………………….. następującą pomoc publiczną de minimis [[2]](#footnote-2)\*\*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Forma pomocy** | **Przeznaczenie pomocy** | **Wartość pomocy**  **w złotych** | **Wartość pomocy w euro** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |

Data ..............................................

podpis i pieczęć wnioskodawcy

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* **w przypadku otrzymania pomocy de minimis, należy dołączyć wszystkie zaświadczenia o uzyskaniu pomocy publicznej de minimis** [↑](#footnote-ref-2)