Załącznik 4.c

**ANALIZA ZGODNOŚCI PROJEKTU Z ZASADAMI POMOCY PUBLICZNEJ I/LUB POMOCY DE MINIMIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Wnioskodawca |  |
| Tytuł projektu |  |

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego lub Funduszu Sprawiedliwiej Transformacji w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021-2027, na realizację projektu, przedstawiam analizę zgodności w/w przedsięwzięcia z zasadami pomocy publicznej i/lub de minimis.

1. **TEST WYSTĘPOWANIA POMOCY PUBLICZNEJ**

Jeżeli, projekt obejmuje swoim zakresem różne rodzaje infrastruktury lub kilka budynków, których sposób wykorzystanie różni się od siebie, przeprowadź test pomocy publicznej dla każdego z osobna. Możesz w tym celu skopiować tabelę z testem występowania pomocy publicznej.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Czy wnioskodawca jest przedsiębiorcą w rozumieniu funkcjonalnym (wykorzystuje produkty projektu do działalności o charakterze gospodarczym)? | Proszę wybrać odpowiedź |
| Uzasadnienie: | |
| 1. Czy transfer zasobów przypisywalny władzy publicznej jest selektywny – tzn. uprzywilejowuje określone podmioty lub wytwarzanie określonych dóbr? | Proszę wybrać odpowiedź |
| Uzasadnienie: | |
| 1. Czy transfer skutkuje przysporzeniem na rzecz określonego podmiotu, na warunkach korzystniejszych niż rynkowe? | Proszę wybrać odpowiedź |
| Uzasadnienie: | |
| 1. Czy w efekcie tego transferu występuje lub może wystąpić zakłócenie konkurencji? | Proszę wybrać odpowiedź |
| Uzasadnienie: | |
| 1. Czy transfer wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi? | Proszę wybrać odpowiedź |
| Uzasadnienie: | |

Po udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania należy odpowiednio wypełnić WND w części A.4. Szczegóły pomocy publicznej i/lub de minimis w projekcie Pomoc publiczna.

1. **OŚWIADCZENIE O WIELKOŚCI PRZEDSIĘBIORSTWA**

**Jeśli na pytanie 1 w części I. TEST WYSTĘPOWANIA POMOCY PUBLICZNEJ udzielono odpowiedzi TAK, wówczas należy wypełnić poniższe pola.** Dane te są niezbędne dla określenia statusu przedsiębiorstwa na cele badania sytuacji ekonomicznej oraz reguł wsparcia stanowiącego pomoc publiczną (jeśli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Czy wnioskodawca jest przedsiębiorstwem samodzielnym/niezależnym? | Proszę wybrać odpowiedź |
| 1. Posiadany status | Proszę wybrać odpowiedź |

**UWAGA: Jeśli w pytaniu 2 wskazano odpowiedź Duże przedsiębiorstwo, lub Inne ze względu na powiązanie z organami publicznymi (JST), pól w punkcie 3 i 4 nie należy wypełniać. Jeśli wskażesz inną niż w/w odpowiedzi wypełnij kolejne punkty zgodnie z instrukcją dla tego załącznika.**

1. Pozostaję w relacji przedsiębiorstw powiązanych / podmiotów partnerskich z:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedsiębiorstwa/podmiotu partnerskiego | NIP | REGON |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Dane stosowane do określenia kategorii MŚP – łącznie

|  | W ostatnim okresie sprawozdawczym: | W poprzednim okresie sprawozdawczym: | W okresie sprawozdawczym za drugi rok wstecz od ostatniego okresu sprawozdawczego: |
| --- | --- | --- | --- |
| Okresy sprawozdawcze |  |  |  |
| Wielkość zatrudnienia |  |  |  |
| Obrót netto |  |  |  |
| Suma aktywów bilansu |  |  |  |

Data i podpis\*

\*Imię i Nazwisko oraz stanowisko osoby podpisującej, upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa