*Załącznik do wniosku o przyznanie środków z KFS*

*(pieczęć firmowa pracodawcy)*

*na dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego*

*pracowników i pracodawcy*

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**O SPEŁNIANIU WYMAGAŃ PRIORYTETU:**

***wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów,***

***technologii i narzędzi pracy***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. **Dane pracodawcy**
 |  |
|  | 1. Nazwa pracodawcy:
 |  |
|  |  |  |
|  | 1. Adres siedziby:
 |  |
|  |  |  |
|  | 1. NIP:
 |  |
|  | 1. **Treść oświadczenia**
 |  |
|  | W związku ze złożeniem w Powiatowym Urzędzie Pracy w Busku - Zdroju wniosku o przyznanie środków z KFS, oświadczam/y, że osoby ujęte w części B wniosku, które zostały przypisane do priorytetu b) - *wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy -*spełniają warunki tego priorytetu, ponieważ wykonują lub będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi lub planowanymi do wprowadzenia zmianami wg załączonej na odwrocie tabeli. Jednocześnie oświadczam/y, że nabycie nowych kwalifikacji/umiejętności jest/będzie powiązane z pracą wykonywaną przez tych pracowników. Pracownicy w ramach swoich zadań będą wykorzystywali nowe technologie i narzędzia pracy. |  |
|  | 1. **Data i podpis**
 |  |
|  |  |  *(Data)* |  |  |  |  *(Podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę)* |  |  |
|  | Strona 1 z 1 |  |

- Verte -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Nazwa wnioskowanego kształcenia** | **Nowe zadania związane z wprowadzonymi lub planowanymi do wprowadzenia zmianami w związku z zastosowaniem nowych procesów, technologii i narzędzi pracy** | **Dokument potwierdzający wprowadzenie lub planowane do wprowadzenia nowych procesów, technologii i narzędzi pracy (w przypadku posiadania - dołączyć stosowny dokument)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |