*Załącznik do wniosku o przyznanie środków z KFS*

*(pieczęć firmowa pracodawcy)*

*na dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego*

*pracowników i pracodawcy*

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**O SPEŁNIANIU PRZEZ UCZESTNIKA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO WYMAGAŃ PRIORYTETU:**

**wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 rezerwy KFS oświadczam/y, że osoby ujęte w części B wniosku, które zostały przypisane do priorytetu b) - wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, na dzień złożenia wniosku oraz w okresie planowanego kształcenia posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. | | | | | | |  |
|  | | 1. **Data i podpis** | | | | | | |  |
|  |  | | *(Data)* |  |  |  | *(Podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę)* |  |  |
|  | Strona 1 z 1 | | | | | | | |  |