

.....
(pieczęć Pracodawcy)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY W ODNIESIENIU DO PRIORYTETU B

(proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków rezerwy KFS w ramach Priorytetu B)

Oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, że*:

Pan/i
(imię i nazwisko osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym)

wskazany/a do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu B – Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności, spełnia warunki dostępu do priorytetu – posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Wiarygodność złożonego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis, pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)

* niniejsze oświadczenie należy wypełnić **oddzielnie dla każdej osoby** planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach Priorytetu B