

....., dnia.....
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

dotyczy spełnienia PRIORYTETU A Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRPiPS.

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika kształcenia (pracownik lub pracodawca)	Nazwa wnioskowanego kształcenia ustawicznego	Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia związane z realizowanymi zadaniami

Oświadczam, że ww. uczestnicy kształcenia są pracownikami CIS, KIS, WTZ, ZAZ, członkami lub pracownikami spółdzielni socjalnej lub są pracownikami zatrudnionymi w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności prawno-karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

.....
(podpis i pieczęćka pracodawcy)