

....., dnia.....
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

**dotyczy spełnienia PRIORYTETU B Wsparcie kształcenia ustawicznego osób
z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.**

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika kształcenia (pracownik lub pracodawca)	Stopień posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności	Data ważności orzeczenia	Podpis uczestnika kształcenia

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

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy)