**Załącznik B**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu B**

(Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej)

Oświadczam, że Pracodawca osób kierowanych na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu B

………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa Pracodawcy)

|  |  |
| --- | --- |
| jest: | Zaznaczyć X |
| **PRZEDSIĘBIORSTWEM SPOŁECZNYM**wskazanym na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS |  |
| **SPÓŁDZIELNIĄ SOCJALNĄ** |  |
| **ZAKŁADEM AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ** |  |

…………………………………………. …………….………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub Pełnomocnika)