**Załącznik B**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu B**

(Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności)

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

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

(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do kształcenia w ramach Priorytetu B posiadają aktualne orzeczenia o stopniu niepełnosprawności\*.

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Przed podpisaniem umowy o dofinansowanie niezbędne będzie przedłożenie zestawienia zawierającego imię i nazwisko oraz datę urodzenia osób wskazanych do kształcenia wraz ze wskazaniem terminu ważności orzeczenia o niepełnosprawności.**