**Załącznik B do Wniosku**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu B**

Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.

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

*(pełna nazwa pracodawcy)*

Oświadczam, że pracownicy wskazani do kształcenia w ramach Priorytetu B posiadają orzeczenie

o niepełnosprawności.

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

*(data)*   *(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,*

*a w przypadku braku imiennej pieczątki należy   
złożyć czytelny podpis)*