Załącznik do Priorytetu 1

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

 (pieczęć Pracodawcy)

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 1**

*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 MRiPS*

Oświadczam, że jestem podmiotem uprawnionym do korzystania ze środków KFS w ramach w/w priorytetu, tj.:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Zaznaczyć X |
| CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ |  |
| KLUBEM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ |  |
| WARSZTATEM TERAPII ZAJĘCIOWEJ |  |
| **ZAKŁADEM AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ** |  |
| **SPÓŁDZIELNIĄ SOCJALNĄ** |  |
| **PRZEDSIĘBIORSTWEM SPOŁECZNYM**wskazanym na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS |  |

Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte w powyższym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

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

 (miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń

w imieniu Pracodawcy)