Załącznik do Priorytetu 6

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

 (pieczęć Pracodawcy)

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 6**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia**

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e do kształcenia w ramach Priorytetu 6 ukończyła/y 45 rok życia, według stanu na dzień złożenia wniosku w sprawie uzyskania środków na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma\* i nazwa wnioskowanego kształcenia** | **Data urodzenia uczestnika** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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)

**\* Forma wsparcia:** 1. Kursy; 2. Studia podyplomowe; 3. Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych; 4. Badania lekarskie i psychologiczne do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po zakończeniu kształcenia; 5. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia