Załącznik do Priorytetu 3

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

 (pieczęć Pracodawcy)

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 3**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych**

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e do kształcenia w ramach Priorytetu 3 (zaznaczyć właściwe):

* w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku w sprawie uzyskania środków na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego, podjęła/y pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem, trwającej nieprzerwanie minimum 30 dni.
* jest/są członkiem/ami rodziny wielodzietnej, który/rzy na dzień złożenia wniosku posiada/ją Kartę Dużej Rodziny, bądź spełnia/ją warunki jej posiadania.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Forma\* i nazwa wnioskowanego kształcenia**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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.