*Załącznik nr 9*

..………….………………………………………..

 (nazwa pracodawcy)

Włoszczowa, dnia…………………

***UWAGA: Wypełnia pracodawca w przypadku ubiegania się o dofinansowanie kształcenia z priorytetu B. tj.***

*wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż pracownicy wymienieni w poniższej tabeli posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, a okres obowiązywania orzeczenia pokrywa się z okresem kształcenia.

|  |  |
| --- | --- |
|  Lp | Imię i nazwisko pracownika |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

…………………………………………

/pieczęć imienna i podpis wnioskodawcy lub

 osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy,

 bądź czytelnie imię i nazwisko/