**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu B:**

Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności

Oświadczam, że pracownicy (lub pracodawca):

…………………………………………………………………………………………………………………………

 (pełna nazwa Pracodawcy)

Wskazany/ni do kształcenia w ramach Priorytetu B posiada/ją orzeczenie o niepełnosprawności.

…………………………………….. …………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby

 upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)