**Załącznik nr 4**

do Wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia

ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS

..………….………………………………

( nazwa pracodawcy )

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 2**

*( Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności )*

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko pracownika** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |

…………………………………………

(data, pieczątka, czytelny podpis wnioskodawcy   
 lub osób uprawnionych do reprezentacji)