|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POWIATOWY URZĄD PRACY**  **96-100 Skierniewice, Al. Niepodległości 7**  **tel. (46) 833-61-82, (46) 833-63-99**  **skierniewice.praca.gov.pl – losk@praca.gov.pl** |  |

…………………………..………………

Pieczątka Pracodawcy

**Załącznik D**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu nr 5**

(Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS)

Oświadczam, że Pracodawca osób kierowanych na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu nr 5

………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa Pracodawcy)

|  |  |
| --- | --- |
| jest: | Zaznaczyć X |
| CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ |  |
| KLUBEM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ |  |
| WARSZTATEM TERAPII ZAJĘCIOWEJ |  |
| **ZAKŁADEM AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ** |  |
| **SPÓŁDZIELNIĄ SOCJALNĄ** |  |
| **PRZEDSIĘBIORSTWEM SPOŁECZNYM**  wskazanym na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS |  |

…………………………………………. ………….………………..…………………………………….

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)