……………………………..., dnia………………

…………………………………………

 (imię i nazwisko lub nazwa pracodawcy)

…………………………………………

 (adres siedziby firmy)

…………………………………………

**Oświadczenie wnioskodawcy**

* Zobowiązuje się/ nie zobowiązuje\* się do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na okres minium 36 miesięcy w ramach umowy o pracę na pełen etat
* stan zatrudnienia na dzień …………………. wynosi ……… w przeliczeniu na pełne etaty.
* Byłem (-łam)/nie byłem (-łam)\* karany(-na) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2016r. poz. 1137 z późn. zm.)

…..………………………………

 (podpis i pieczątka wnioskodawcy)

* Nie potrzebne skreślić