Załącznik nr 9 do wniosku

…………………………………….

 (pieczątka pracodawcy)

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnieniu Priorytetu 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  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 |  |

 ……………… ..………….…………………….…………………………

(data) (podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)