



Załącznik B



Oświadczenie Pracodawcy
o spełnianiu Priorytetu B

Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.

.....
.....
.....
.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że spełniam wymagania dotyczące ww. priorytetu.

.....
(data)

.....
*(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby
uprawnionej)*