*Załącznik nr 12*

..………….………………………………………..

 (nazwa pracodawcy)

Pińczów. , dnia…………………

***UWAGA: Wypełnia pracodawca w przypadku ubiegania się o dofinansowanie kształcenia z priorytetu 5 tj.***

*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 osoby wskazane do kształcenia w ramach Priorytetu nr 5 są pracownikami Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członkami lub pracownikami spółdzielni socjalnych oraz pracownikami zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS

 …………………………………………

/pieczęć imienna i podpis wnioskodawcy /

 osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy