**Załącznik nr 7e**

.....................................................................

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie Pracodawcy wnioskującego o działania w ramach 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 prowadzonych przez MRiPS)*

**Oświadczam\*, że:**

1. jestem podmiotem uprawnionym do wnioskowania o środki w ramach ww. priorytetu
2. osoba/osoby planowane do objęcia wsparciem w ramach działań finansowanych z KFS

są pracownikami:

* Centrum Integracji Społecznej
* Klubu Integracji Społecznej
* Warsztatu Terapii Zajęciowej
* Zakładu Aktywności Zawodowej
* Spółdzielni Socjalnej
* Przedsiębiorstwa Społecznego wskazanego na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych

prowadzonym przez MRiPS

**\****proszę zaznaczyć znakiem X właściwą pozycję*

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data ....................................... ………………....................................................................

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania