

Oświadczenie pracodawcy
o spełnieniu **priorytetu B**

Oświadczam, że osoba/osoby objęta kształceniem ustawicznym zatrudnione

W
.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

posiadają aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Orzeczenie ważne do dnia

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby
upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)