***Załącznik nr 10 do wniosku z rezerwy KFS***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

dotyczące określonego przez Radę Rynku Pracy **priorytetu RRP/A -** 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

*(wypełniamy jeżeli osoby kwalifikują się do objęcia wsparciem w ramach wyżej wymienionego priorytetu)*

*…......................................................................................................................................................................................................................................................................*

*(Nazwa i adres siedziby Wnioskodawcy)*

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej** za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 i § 1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny: *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub   
w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”*

**Oświadczam, że** osoba/y wskazana/e we wniosku o dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków   
z rezerwy KFS tj.:

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………….………………… PESEL: ………………………………………………
2. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………….………………… PESEL: ………………………………………………
3. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………….………………… PESEL: ………………………………………………
4. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………….………………… PESEL: ………………………………………………
5. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………….………………… PESEL: ………………………………………………
6. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………….………………… PESEL: ………………………………………………

jest/są zatrudniony/a/zatrudnieni w Centrum Integracji Społecznej, Klubie Integracji Społecznej, Warsztacie Terapii Zajęciowej, w podmiocie posiadającym status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanym na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS, jest członkiem lub pracownikiem spółdzielni socjalnej lub pracownikiem Zakładu Aktywności Zawodowej**\***, a wskazane we wniosku działania zmierzające do podniesienia kompetencji są ściśle związane z jego/jej/ich zadaniami realizowanymi na stanowisku pracy.

…................................................................ …..........................................................................

*(Miejscowość, data) (Pieczątka i podpis Wnioskodawcy*

*lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)*

\*Niepotrzebne skreślić

*Druk wniosku obowiązujący w 2023 roku (II)*