***Załącznik Nr 6***

***do Wniosku o sfinansowanie/dofinansowanie kosztów***

 ***kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców z KFS***

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnieniu Priorytetu Nr 5**

**Ministra Rodziny i Polityki Społecznej**

**(Priorytet Nr 5 - *Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej
ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych*)**

**CZĘŚĆ I OŚWIADCZENIA**

**(WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O FINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
DLA PRACOWNIKA(ÓW)/PRACODAWCY BĘDĄCEGO CZŁONKIEM RODZINY WIELODZIETNEJ)**

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e we Wniosku w części V „Informacje o uczestnikach, formach
i potrzebach kształcenia ustawicznego” w Tabeli „Dane dotyczące pracownika planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym” osoba/y pod Nr …………………………..\* / „Dane dotyczące pracodawcy planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym osoba pod Nr……………………….\* która/e ma/ją być objęta/e kształceniem w ramach Priorytetu Nr 5 jest/są:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **należy wpisać TAK lub NIE** |
| **1.** | rodzicem/rodzicami lub małżonkiem/małżonkami, którzy mają lub mieli na utrzymaniu łącznie co najmniej troje dzieci bez względu na wiek i którym przysługuje prawo do posiadania Karty Dużej Rodziny (dotyczy osób z poz. ………………………….………….………..) |  |
| **2.** | dzieckiem/dziećmi, członkiem/członkami dużej rodziny, które są: | w wieku do 18. roku życia,  |  |
| w wieku do 25. roku życia – w przypadku dzieci uczących się w szkole lub szkole wyższej,  |  |
| bez ograniczeń wiekowych w przypadku dzieci legitymujących się orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności,  |  |
| ale tylko w przypadku, gdy w chwili składania wniosku w rodzinie jest co najmniej troje dzieci spełniających powyższe warunki (dotyczy osób z poz. …………………………………..…………...) |

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

 (miejscowość i data) *(podpis i pieczątka pracodawcy
 lub osoby umocowanej do reprezentowania pracodawcy)*

**CZĘŚĆ II OŚWIADCZENIA**

**(WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O FINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
DLA PRACOWNIKA(ÓW)/PRACODAWCY POWRACAJĄCEGO NA RYNEK PO PRZERWIE SPOWODOWANEJ SPRAWOWANIEM OPIEKI NAD DZIECKIEM)**

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e we Wniosku w części V „Informacje o uczestnikach, formach
i potrzebach kształcenia ustawicznego” w Tabeli „Dane dotyczące pracownika planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym” osoba/y pod Nr …………………………..\* / „Dane dotyczące pracodawcy planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym osoba pod Nr……………………….\* która/e ma/ją być objęta/e kształceniem w ramach Priorytetu Nr 5 w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego, podjął/ęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem/dziećmi, trwającej nieprzerwanie minimum 90 dni.

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

 (miejscowość i data) *(podpis i pieczątka pracodawcy
 lub osoby umocowanej do reprezentowania pracodawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*