

**Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o pomoc
o spełnianiu Priorytetu nr 5**

*(wydłużenie aktywności zawodowej osób pracujących objętych ochroną przedemerytalną
i osób, które osiągnęły wiek emerytalny)*

Oświadczam, że:

.....

(pełna nazwa podmiotu)

Wskazuję do kształcenia *(odpowiednie zaznaczyć)*:

☐ osoby pracujące objęte ochroną przedemerytalną

☐ osoby, które osiągnęły wiek emerytalny

Nazwa szkolenia:

.....
.....

Uzasadnienie potrzeby odbycia ww. szkolenia:

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć podmiotu lub
osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)