



Powiatowy Urząd Pracy
w Opocznie

(pieczęć Pracodawcy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wszystkie warunki wynikające z umowy numer _____ z dnia _____ o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej zostały dotrzymane.

Osoby zatrudnione na wyposażonych stanowiskach pracy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Będąc świadomy odpowiedzialności prawnej wynikającej z przekazania nieprawdziwych informacji oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności.

(data i podpis)