***Załącznik nr 5E do wniosku z rezerwy KFS***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

dotyczące określonego przez Radę Rynku Pracy **priorytetu RRP5 -** wsparcie kształcenia ustawicznego osób,
które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach
lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej

 *(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 Pan/i ……………………………………………… wskazany/a w niniejszym wniosku, planowany/a do objęcia wsparciem w ramach działań finansowanych z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego nie posiada prawa do emerytury pomostowej oraz pracuje:

1. w szczególnych warunkach \*:
* data rozpoczęcia pracy w szczególnych warunkach: …………………………………..
* rodzaj pracy zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych ……………………………………….

1. o szczególnym charakterze \*:
* data rozpoczęcia pracy o szczególnym charakterze: ……………………………………..
* rodzaj pracy zgodnie z załącznikiem nr 2 do Ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych ……………………………………….

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

 *(Miejscowość, data) (czytelny podpis pracodawcy* lub osoby uprawnionej)

\*Niepotrzebne skreślić