ZP/PN/10/2019/DZZ

**Załącznik nr 8**

**do umowy**

(wzór do wykorzystania o ile Wykonawca zatrudni osobę niepełnosprawną)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**w zakresie zatrudnienia osoby niepełnosprawnej**

**Wykonawca:** …………………………………………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa i adres)*

Niniejszym oświadczam, zgodnie z moją deklaracją zawartą w ofercie, iż w dniu ……………… zatrudniłam/em na umowę o pracę na czas realizacji przedmiotu umowy **– jedną osobę niepełnosprawną z orzeczonym stopniem niepełnosprawności**
w pełnym wymiarze czasu pracy, określonego w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Niniejsze oświadczenie składam w pełnej świadomości podlegania sankcjom karnym na podstawie przepisu art. 297 Kodeksu karnego - za poświadczanie nieprawdy.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. …………………………

*Podpis czytelny lub nieczytelny
z pieczątką imienną osoby lub osób upoważnionych do podpis*