

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że.....
.....

(nazwa i adres zakładu pracy chronionej)

spełnia warunki określone w art. 28 ust. 1 - 3 i w art. 33 ust. 1 i 3 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j. t. Dz. U. z 2008 r. Nr 14 poz. 92) tj.

1. zatrudnia nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi:
 - a) co najmniej 40%, a w tym co najmniej 10% ogółu zatrudnionych stanowią osoby zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, albo
 - b) co najmniej 30% niewidomych lub psychicznie chorych, albo upośledzonych umysłowo zaliczonych do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
2. obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy:
 - a) odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - b) uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich,
3. zapewnia doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne,
4. utworzył zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
5. prowadzi ewidencję środków funduszu rehabilitacji,
6. prowadzi rachunek bankowy środków tego funduszu,

Powyższe oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 271 i art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.)

.....
(data)

.....
(nazwa zakładu i podpis pracodawcy)