Załącznik nr 2 do wniosku Wn-W

....., ...
(miejscowość) (data)

……..……..…….
Wnioskodawca

.....
(adres)

.....

OŚWIADCZAM, ŻE

1) jako wnioskodawca zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, w tym zwrotu kwoty refundacji w przypadku niedotrzymania warunków umowy.
2) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego przedsiębiorstwa (w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych), dla celów wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.).
3) informacje zawarte we wniosku Wn-W oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych danych.

.....
(podpis/y wnioskodawcy lub osób(y) uprawnionej/ych
do reprezentowania wnioskodawcy)