**Załącznik nr 6**

**OGŁOSZENIE NR 54/2020**

**Deklaracja zatrudnienia**

W imieniu wnioskodawcy .....................................................................................................................

*(imię i nazwisko/nazwa podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy)*

operacji pt. …………….………………………………………………………………………...

*(wpisać tytuł operacji)*

zobowiązuję się do (proszę wybrać):

* utworzenia oraz utrzymania .................... (*liczba miejsc pracy utworzonych w ramach operacji,
w przeliczeniu na pełne etaty średnioroczne*) miejsc pracy przez okres trwałości operacji tj. 3 lata liczone od dnia wypłaty płatności końcowej
* w tym zatrudnienia ……………………...……….. osoby/osób z grup defaworyzowanych\*
tj. …………..……..………… *( wskazać zgodnie z pkt. a, b ,c)* określonych w LSR w wymiarze .................. (*liczba, w przeliczeniu na pełne etaty średnioroczne*) i utrzymanie tego zatrudnienia przez wyżej określony okres trwałości operacji

\* grupy defaworyzowane

1. *osoby powyżej 50 roku życia, szczególnie bezrobotni ze stażem pracy 20-30 lat i ponad 30 lat*
2. *młodzież wchodząca na rynek pracy (osoby do 35 roku życia)*
3. *osoby niepełnosprawne*

………………………………………………………………

(data i podpis/y osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)