**O**Ś**WIADCZENIE**

**Oświadczam, że** **………….......................................................... do dnia …….…….……**

(nazwa i adres zakładu aktywności zawodowej)

**spełniał warunki okre**ś**lone w art. 28 ust. 2 – 3; art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych   
(j.t. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172) oraz § 14 rozporządzenia Ministra Pracy   
i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej   
(Dz. U. z 2012 r. poz. 850).**

Powiat, gmina oraz fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych, zwana dalej „organizatorem”, może utworzyć wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostkę   
i uzyskać dla tej jednostki status zakładu aktywności zawodowej, jeżeli:

1. co najmniej 70% ogółu osób zatrudnionych w tej jednostce stanowią osoby niepełnosprawne, w szczególności skierowane do pracy przez powiatowe urzędy pracy:

1. zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności,
2. zaliczone do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku   
   do których rada programowa, o której mowa w art. 10 a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172), zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej. Wskaźnik zatrudnienia tych osób, nie może być wyższy niż 35% ogółu zatrudnionych,

2. obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy:

1. odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,
2. uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich,

3. jest zapewniona doraźna i specjalistyczna opieka medyczna, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne,

4. organizator przeznacza uzyskane dochody na zakładowy fundusz aktywności zawodowej,

5. uzyska pozytywną opinię starosty o potrzebie utworzenia zakładu aktywności zawodowej.

*Powy*ż*sze o*ś*wiadczenie składam pod rygorem odpowiedzialno*ś*ci karnej przewidzianej w art. 271 i art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (j.t. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600, z późn.. zm.)*

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

(data) pieczęć i podpis