

Wnioskodawca
/Pieczęćka zakładu pracy/

Data: **/WZÓR/**

**Wojewoda
Kujawsko-Pomorski**

Wniosek o przyznanie statusu zakładu aktywności zawodowej

Wnoszę (dokładna nazwa pracodawcy – zakładu pracy) o wydanie decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu aktywności zawodowej i potwierdzenie spełniania warunków, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Spełnianie wymogów określonych w ustawie dla zakładu aktywności zawodowej potwierdzam materiałem dowodowym dołączonym do wniosku.

Podpis pracodawcy

Załączniki:

/wpisać wszystkie dokumenty, które zostały dołączone do wniosku/