**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU 7 - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.**

Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku posiadam PKD: …………………………………… będące w sekcji Q, tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna, dział (zaznaczyć właściwy):

[…] 86 - Opieka zdrowotna,

[…] 87 - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem,

[…] 88 - Pomoc społeczna bez zakwaterowania.

Oświadczam, że pracodawca / pracownik\* zatrudniony na stanowisku: ……………………………………………………………………………………………………………

poprzez udział w kształceniu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

podniesie swoje kompetencje, związane z jego zadaniami zawodowymi, takimi jak: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zdobycie / poszerzenie wiedzy we wnioskowanym zakresie jest konieczne z uwagi na: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

(data, podpis i pieczątka pracodawcy

/osoby upoważnionej)

\*niepotrzebne skreślić

**UWAGA:** W ramach niniejszego priorytetu można dofinansować dopuszczalne ustawą formy kształcenia ustawicznego bezpośrednio związane z szeroko pojętą opieka zdrowotną czy opieka społeczną z wyłączeniem kształcenia, na które przeznaczone są inne środki publiczne, np. środki na specjalizacje pielęgniarek i położnych.