

(nazwa pracodawcy)

Zwoleń , dnia.....

UWAGA: Wypełnia pracodawca w przypadku ubiegania się o dofinansowanie kształcenia z priorytetu 7 tj.

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych

Oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my,

że pracownik:*

wskazany do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu nr 7 spełnia warunki dostępu do priorytetu

Oświadczam, że na dzień 01.01.2025 r. posiadam kod PKD 2007 ujęty w Sekcji Q Polskiej Klasyfikacji Działalności lub kod PKD 2025 ujęty w Sekcji R Polskiej Klasyfikacji Działalności: **

- ☐ **Dział 86 - opieka zdrowotna**
lub
☐ **Dział 87 - pomoc społeczna z zakwaterowaniem**
lub
☐ **Dział 88 - pomoc społeczna bez zakwaterowania**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

/krótki opis ww. powiązań/

.....

/pieczęć imienna i podpis wnioskodawcy lub
osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy,
bądź czytelnie imię i nazwisko/

* niniejsze oświadczenie należy wypełnić osobno dla każdej osoby planowanej do objęcia wsparciem w ramach priorytetu 7

** właściwe zaznaczyć