**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU 7**

**/wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych/**

Oświadczam, że: dla osoby/osób nr …… która/e mają być objęte działaniami finansowanymi w ramach priorytetu nr 7 konieczne jest odbycie wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoba nr\*\*** | **Nazwa wnioskowanego kształcenia** | **Uzasadnienie potrzeby odbycia wnioskowanego szkolenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*\*zgodnie z numerem osoby wskazanej we wniosku

Oświadczam, że:

odbycie wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i/lub opiekuńczych przez wskazane we wniosku osoby jest konieczne jednakże, nie zostało/zostanie ono sfinansowane jednocześnie z innych środków publicznych np. środki na specjalizacje pielęgniarek i położnych.

 ……………………………………….. ……………………………………………

 /data/ /podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy/