

Załącznik nr 15

Oświadczenie pracodawcy o spełnieniu priorytetu nr 7:

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

Nazwa Pracodawcy

adres

1) Oświadczam, że posiadam:

- PKD 2007 w Sekcji Q, tj.: Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach:
 - 86 - Opieka zdrowotna,
 - 87 - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem,
 - 88 - Pomoc społeczna bez zakwaterowania.
- PKD 2025 w Sekcji R, tj.: Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach:
 - 86 - Opieka zdrowotna,
 - 87 - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem,
 - 88 - Pomoc społeczna bez zakwaterowania.

2) Oświadczam, że planowane kształcenie ustawiczne bezpośrednio związane jest z opieką zdrowotną czy opieką społeczną oraz że na wnioskowane kształcenie ustawiczne mające zostać sfinansowane z udziałem środków KFS **nie są przeznaczone inne środki publiczne.**

.....

/pieczęć i podpis pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy/

Oświadczenie pracodawcy o konieczności odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

/pieczęć i podpis pracodawcy
lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy/