*Załącznik nr 12*

**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.

 ……………………………..

*/pieczątka 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:

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………...

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

*/pieczątka i podpis pracodawcy*

*lub osoby upoważnionej do*

*reprezentowania pracodawcy/*

\*Właściwe zaznaczyć