**Załącznik 4**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu 7**

**Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych**

**w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.**

Oświadczenie należy wypełnić **osobno dla każdej osoby** objętej kształceniem w ramach priorytetu 7

Oświadczam, że pracodawca/ pracownik ……………………………………………………………………………………………………. zatrudniony w:

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

(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazany do kształcenia w ramach Priorytetu 7 spełnia warunki dostępu do priorytetu

w dniu złożenia wniosku zatrudniony jest w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kod PKD*/według stanu na 01.01.2025 r./* |
| przeważający kod PKD prowadzonej działalności  |  |

Uzasadnienie konieczności odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że:**

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

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)