

.....
(pieczęć Pracodawcy)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY W ODNIESIENIU DO PRIORYTETU 7

(proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków KFS w ramach Priorytetu 7)

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

- a) istnieje konieczność odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych przez

Pana/Panią
(imię i nazwisko osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym)

wskazanego/ą do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu 7 – Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.

- b) działania, o które wnioskuję są konieczne z uwagi na nabycie umiejętności (proszę wymienić jakich):

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

Wiarygodność złożonego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis, pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)

* niniejsze oświadczenie należy wypełnić **oddzielnie dla każdej osoby** planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach Priorytetu 7.