**OŚWIDZCZENIE PRACODAWCY – PRIORYTET 7**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu nr 7**

(Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze

usług zdrowotnych i opiekuńczych.)

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

(pełna nazwa Pracodawcy)

|  |
| --- |
| **Oświadczam o konieczności odbycia wnioskowanego szkolenia i nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych.**O przyznaniu dofinansowania w ramach środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego decydować będzie posiadanie PKD w Sekcji Q tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach 86 – Opieka zdrowotna, 87 – Pomoc społeczna z zakwaterowaniem, 88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania.  …………………………………………… Podpis Wnioskodawcy    |