**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA   
PRIORYTETU NR 7**

(Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych

i opiekuńczych*)*

Oświadczam, że wskazana w niniejszym wniosku forma kształcenia ustawicznego pod nazwą: …………………………………………………………………………………………………...

Dotyczy: ***Wsparcia rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych*** przez: …………………………………………………………...\*

(imię i nazwiska pracownika/pracodawcy)

objętych tematyką wnioskowanego kształcenia, które są powiązane z pracą wykonywaną przez osobę objętą kształceniem.

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

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

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

\* niniejsze oświadczenie należy wypełnić **osobno dla każdej osoby** planowanej do objęcia wsparciem w ramach priorytetu 7