

(pieczęć firmowa pracodawcy)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

**O SPEŁNIANIU PRZEZ UCZESTNIKA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO WYMAGAŃ PRIORYTETU:
WSPARCIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻB MEDYCZNYCH, PRACOWNIKÓW SŁUŻB
SOCJALNYCH, PSYCHOLOGÓW, TERAPEUTÓW, PRACOWNIKÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ,
ZAKŁADÓW OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH, PRYWATNYCH DOMÓW OPIEKI ORAZ INNYCH PLACÓWEK DLA
SENIORÓW/OSÓB CHORYCH/NIEPEŁNOSPRAWNYCH, KTÓRE BEZPOŚREDNIO PRACUJĄ Z OSOBAMI
CHORYMI NA COVID-19 LUB OSOBAMI Z GRUPY RYZYKA CIĘŻKIEGO PRZEBIEGU TEJ CHOROBY**

A. Dane pracodawcy

1. Nazwa pracodawcy:

.....
.....

2. Adres siedziby:

.....
.....

3. NIP:

.....

B. Treść oświadczenia

W związku ze złożeniem w Powiatowym Urzędzie Pracy w Busku - Zdroju wniosku o przyznanie środków z KFS oświadczam/y, że osoby ujęte w części B wniosku, które zostały przypisane do priorytetu b) - *wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby* - spełniają warunki tego priorytetu, ponieważ są osobami pracującymi bezpośrednio z chorymi na COVID-19 lub osobami należącymi do grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 i istnieje konieczność odbycia wnioskowanych szkoleń lub nabycia określonych we wniosku umiejętności.

C. Data i podpis

.....
(Data)

.....
(Podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę)