**Załącznik G**

Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 7

**Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze**

**usług zdrowotnych i opiekuńczych**

Oświadczam, że jestem podmiotem działającym w sektorze usług zdrowotnych, tj. posiadam PKD\*: ……………………………………………………………………………………..

Osoby wskazane do kształcenia w ramach Priorytetu będą odbywać kształcenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imie i nazwisko** | **Nazwa kształcenia** | **Uzasadnienie konieczności nabycia nowych kwalifikacji** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

**UAWAGA** nie można finansować tych samych szkoleń, na które przeznaczone są inne środki publiczne np. środki na specjalizacje pielęgniarek i położnych.

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

**\*Sekcja Q - OPIEKA ZDROWOTNA I POMOC SPOŁECZNA**

Dział 86 -OPIEKA ZDROWOTNA

Dział 87 -POMOC SPOŁECZNA Z ZAKWATEROWANIEM

Dział 88 -POMOC SPOŁECZNA BEZ ZAKWATEROWANIA