**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU 2**

/ składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 2/

Oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my,   
że pracownik: ………..………………..…..…..………\*

**wskazany do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu nr 2 pracuje bezpośrednio   
z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu choroby oraz istnieje konieczność odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa wnioskowanego kształcenia ustawicznego** | **Wykonywany zawód/ obejmowane stanowisko**  -pracownik służb medycznych,  - pracownik służb socjalnych,  - psycholog,  - terapeuta,  - pracownik domu pomocy społecznej,  - pracownik zakładu opiekuńczo-leczniczego, prywatnego domu opieki lub  innej placówki dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, który  bezpośrednio pracuje z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby. |
| **………………………………………………**  **Proszę wskazać nazwę** | **………………………………………………………………………………..**  **Proszę wskazać 1 z przesłanek z powyższych** |

………………………………….. ……………………………………………..

/data/ /podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy/

\* niniejsze oświadczenie należy wypełnić **osobno dla każdej osoby** objętej szkoleniem w ramach priorytetu 2