**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