###### **Załącznik nr 18**

###### **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY – PRIORYTET nr 7**

***wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych***

*/składa pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu nr 7/*

Pełna nazwa pracodawcy: ........................................................…………………………………..

NIP pracodawcy: ……………………………………………………………………………………….

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

wskazany do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu nr 7 spełnia warunki dostępu do priorytetu, tj. odbycie przez niego wnioskowanego kształcenia ustawicznego lub nabycie określonych umiejętności jest niezbędne w związku z wykonywaną pracą w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Ponadto oświadczam, że na dzień 01.01.2025 r. posiadam kod PKD 2007 ujęty w Sekcji Q Polskiej Klasyfikacji Działalności lub kod PKD 2025 ujęty w Sekcji R Polskiej Klasyfikacji Działalności:\*\*

Dział 86 – opieka zdrowotna



lub

Dział 87 – pomoc społeczna z zakwaterowaniem



lub

Dział 88 – pomoc społeczna bez zakwaterowania



……………………………………

*(miejscowość, data)*

……………………………………….

*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

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

*\*\* właściwe zaznaczyć*