Załącznik nr 7 do wniosku

……………………………

 (pieczątka pracodawcy)

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnieniu Priorytetu 2 MRPiT: wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społeczne, 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**

Oświadczam, że w ramach ww. priorytetu wnioskuję o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego dla pracowników/pracodawcy, którzy pracują bezpośrednio z osobami chorymi
na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby(podać imię i nazwisko):

 - …………………………………………………………………….

 - …………………………………………………………………….

 - …………………………………………………………………….

 - …………………………………………………………………….

 - ……………………………………………………………………..

 - …………………………………………………………………….

 - ……………………………………………………………………..

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

(data) (podpis i pieczątka pracodawcy)