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)