**Załącznik nr 7d**

.....................................................................

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie Pracodawcy wnioskującego o działania w ramach Priorytetu 7**

(wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych)

W związku z ubieganiem się o wsparcie w ramach Priorytetu 7 oświadczam, że:

1. zgodnie z dokumentem rejestrowym[[1]](#footnote-1) posiadam(-y) jeden z kodów PKD wymienionych w Sekcji Q tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w dziale[[2]](#footnote-2):

* 86 – Opieka zdrowotna,
* 87 – Pomoc społeczna z zakwaterowaniem,
* 88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania.

1. wnioskowane kształcenie ustawiczne jest dopuszczalne zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej (Dz.U. 2024, poz 799) i konieczne aby osoba/osoby wskazana/wskazane do przeszkolenia w niniejszym wniosku w ramach wyżej wymienionego priorytetu nabyła/nabyły umiejętności bezpośrednio związane z szeroko pojętą[[3]](#footnote-3):
   * opieką zdrowotną,
   * opieką społeczną.
2. nie korzystałem/korzystałam, nie korzystam z innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów oraz nie ubiegam się o inną pomoc na pokrycie tych samych kosztów na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub  osoby uprawnionej do jego reprezentowania

1. np. CEiDG, KRS i in. [↑](#footnote-ref-1)
2. zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej pozycji/pozycjach [↑](#footnote-ref-2)
3. zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej pozycji/pozycjach [↑](#footnote-ref-3)