|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**  **o spełnianiu Priorytetu nr 7** |

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

**Oświadczam, że** pracownik/cy……………………………………………………...............

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

(imię i nazwisko)

objęty/ci kształceniem ustawicznym w ramach środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego poprzez udział w szkoleniu/ach…………………………………………….

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

(nazwa kursu)

podniesie/ą swoje kompetencje, związane z jego/ich zadaniami realizowanymi   
u pracodawcy, takimi jak:……………………………………………………………………

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

Zdobycie/poszerzenie wiedzy na ww. szkoleniu/ach jest konieczne z uwagi na………………………………………………………………………………….……….……

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

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

(data, podpis i pieczątka pracodawcy/osoby upoważnionej)