

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY – priorytet nr 7

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

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że:

- dla wskazanych we wniosku osób istnieje konieczność odbycia wnioskowanej formy kształcenia ustawicznego lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych
- na dzień złożenia wniosku firma posiada kod PKD ujęty w Sekcji Q tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach 86 – Opieka zdrowotna, 87 – Pomoc społeczna z zakwaterowaniem, 88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania

.....
(kod PKD)

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)