**Załącznik nr 6**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**o spełnieniu Priorytetu 7 Ministra właściwego ds. pracy**

**Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych**

**w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych;**

**Oświadczam, iż konieczne jest odbycie szkolenia lub nabycie określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych**

**i opiekuńczych oraz posiadam PKD w sekcji Q** **Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach\*:**

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

**zgodnie z Priorytetu 8**

Uzasadnienie odbycia szkolenia lub nabycie określonych umiejętności:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż na wnioskowane szkolenie/a w ramach KFS nie są przeznaczone inne środki publiczne np. środki na specjalizacje pielęgniarek i położnych.

***Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte w powyższym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.***

……………………………… ……………………………………………….………..

/data/ /pieczęć i podpis Pracodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania Pracodawcy/