**Załącznik B do Wniosku**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu warunku Priorytetu nr 7**

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

Oświadczam o konieczności odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Posiadam PKD w Sekcji Q tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach:

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

Jestem świadomy, że w ramach KFS nie można finansować tych samych szkoleń, na które przeznaczone są inne środki publiczne np. środki na specjalizacje pielęgniarek i położnych.

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)