**Załącznik nr 8**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRIORYTETU NR 7**(składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu nr 7)

Oświadczam, że **spełniam warunki dostępu do priorytetu nr 7** – **wsparcie rozwoju umiejętności
i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych.**

**Oświadczam, że posiadam kod/y PKD** związany/e z **Opieką zdrowotną i pomocą społeczną** (określone w Sekcji Q wg PKD-2007 lub Sekcji R wg PKD-2025), w dziale/łach:

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

**Oświadczam, że wskazana forma kształcenia ustawicznego:
□ kurs\* □ studia podyplomowe \* □ egzamin\*
o nazwie\* / zakresie\*:**

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

**Oświadczam, że rozwój umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych jest konieczny wobec osoby/ób wykazanej/ych do objęcia kształceniem ustawicznym, zatrudnionym/ch na stanowiskach:**
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem**

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

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

**\***odpowiednie zaznaczyć.