..………….……………………………………..

Nazwa pracodawcy

….……………………………………………….

Adres siedziby

…………………………………………………

Miejsce prowadzenia działalności

Gostynin, dnia…………………

**UWAGA: Wypełnia pracodawca w przypadku zaznaczenia priorytetu II**

**Ministra ds. pracy**

**w Załączniku nr 4 do wniosku**

**o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wnioskowane środki są konieczne do nabycia określonych umiejętności i będą przeznaczone na wsparcie kształcenia osób pracujących z chorymi na COVID-19 lub osobami należącymi do grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID takich jak osoby przewlekle chore, w podeszłym wieku, bezdomne itp.

..…………………………………..

pieczęć i podpis pracodawcy /osoby uprawnionej do reprezentacji i składania

oświadczeń zgodnie z dokumentem rejestrowym