**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 2**

…………………………….

 (miejscowość i data)

…………………….…………

(nazwa firmy)

…………………………….…

(adres siedziby)

Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby

Oświadczam, że istnieje konieczność odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności dla osób wskazanych we wniosku, **pracujących bezpośrednio** z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby (np. przewlekle chore, w podeszłym wieku, bezdomne, itp.).

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

 ............................ .......................................................

 *( data) (podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy)*