Załącznik nr 12g

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA   
PRIORYTETU Nr 7:**

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

**i opiekuńczych.**

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

………………………………………………………………..………………………………………………………………..………(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani w Załączniku nr 9 do wniosku pod poz. nr …………………………… do objęcia kształceniem ustawicznym spełnia/ją warunki dostępu do priorytetu tj. odbycie przez niego wnioskowanego kształcenia ustawicznego lub nabycie określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych / opiekuńczych jest konieczne w związku z wykonywaną pracą.

Oświadczam, że na dzień **01.01.2025 r.** posiadam kod PKD 2007 ujęty w Sekcji Q Polskiej Klasyfikacji Działalności lub kod PKD 2025 ujęty w Sekcji R Polskiej Klasyfikacji Działalności: \*

**Dział 86 - opieka zdrowotna**

*lub*

**Dział** **87 - pomoc społeczna z zakwaterowaniem**

*lub*

**Dział** **88 - pomoc społeczna bez zakwaterowania**

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

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

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

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

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

/krótki opis uzasadniający wsparcie dot. usług zdrowotnych lub opiekuńczych w związku z wykonywaną pracą/

…………………………………. …………………………..…………………….

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

\* właściwe zaznaczyć