|  |
| --- |
| Załącznik nr 10b |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA  PRIORYTETU Nr 2:***  ***Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo- leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych palcówek 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 pracownicy  ……………………………………………………………………………………….……………………………  *pełna nazwa Pracodawcy*  wskazani w Załączniku Nr 7 do wniosku pod poz. nr ………………………………...……………………… do odbycia kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 2, pracują bezpośrednio z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby i w związku z tym koniczne jest odbycie w/m kształcenia ustawicznego:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Lp. | Nazwa wnioskowanego kształcenia | Wykonywany zawód/obejmowane stanowisko:   * **pracownik służb medycznych,** * **pracownik służb socjalnych,** * **psycholog,** * **terapeuta,** * **pracownik domów pomocy społecznej,** * **pracownik zakładu opiekuńczo-leczniczego, prywatnego domu opieki oraz/lub innej placówki dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych,**   **które** **bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby** | | 1. |  |  | | 2. |  |  | | 3. |  |  | | 4. |  |  | |
| Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w IV Części wniosku. |
| ……..…………………………………….  Pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej |