|  |
| --- |
| 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 |