**Załącznik nr 8**

do Wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia

ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS

..………….………………………………

( nazwa pracodawcy )

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 7**

*(Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych)*

Oświadczam, że pracownik wskazany we Wniosku pod numerem porządkowym ……………………………………..,\* spełnia warunki dostępu do **Priorytetu nr 7** 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 01.01.2025r. posiadam przeważający 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 /

…………………………………………

( data, pieczątka, czytelny podpis wnioskodawcy   
 lub osób uprawnionych do reprezentacji )

\* niniejsze oświadczenie należy wypełnić **osobno dla każdej osoby** planowanej do objęcia wsparciem w ramach   
priorytetu 7

\*\* właściwe zaznaczyć