**Załącznik nr 12**

do Wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia

ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS

..………….………………………………

( nazwa pracodawcy )

**Oświadczenie Pracodawcy**

*(składa pracodawca ubiegajacy się o dofinansowanie kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów, pielegniarek   
i położnych)*

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y   
w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, iż wskzane we wniosku formy pomocy nie są stażami podyplomowymi i specjalizacyjnymi oraz szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy, lekarzy dentystów, pielegniarek i położnych.

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