Załącznik B

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu 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 placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby*

Oświadczam, że pracownicy

1. …………………………………………………….……………………………………………

(Imię i nazwisko)

1. ……………………………………………………………………………………………………

(Imię i nazwisko)

1. ……………………………………………………………………………………………………

 (Imię i nazwisko)

wskazani do kształcenia w ramach Priorytetu nr 2, pracują bezpośrednio z osobami chorymi na COVID-19 lub z osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby i istnieje konieczność odbycia wnioskowanych kursów lub nabycia określonych umiejętności.

 ..……………… ………………………………..

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

 Pracodawcy)