Załącznik do Priorytetu 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pieczęć Pracodawcy)

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 2**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych**

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e do kształcenia w ramach Priorytetu 2 będzie/ą odbywać kształcenie w poniższych zawodach deficytowych, zgodnie z **Barometrem zawodów 2024 dla powiatu chodzieskiego lub województwa wielkopolskiego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma\* i nazwa wnioskowanego kształcenia** | **Zawód deficytowy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte w powyższym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

w imieniu Pracodawcy)

**\* Forma wsparcia:** 1. Kursy; 2. Studia podyplomowe; 3. Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych; 4. Badania lekarskie i psychologiczne do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po zakończeniu kształcenia; 5. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia.