Załącznik do Priorytetu 5

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

 (pieczęć Pracodawcy)

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 5**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej**

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e do kształcenia w ramach Priorytetu 5 spełnia/spełniają warunki dostępu do priorytetu, tj.

* jest zatrudniona obecnie przy produkcji i/lub naprawie pojazdów samochodowych oraz planuje kontynuację pracy w branży motoryzacyjnej

 **oraz**

* przeważający kod PKD prowadzonej przeze mnie działalności na dzień 01.01.2024 r. to:
* PKD: 29.10.B
* PKD: 29.10.C
* PKD: 29.10.D
* PKD: 29.10.E
* PKD: 29.20.Z
* PKD: 29.31.Z
* PKD: 29.32.Z
* PKD: 45.20.Z

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

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.