

....., dnia.....
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

**dotyczy spełnienia PRIORYTETU 7 Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji
niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych;**

Oświadczam, że prowadzona przeze mnie działalność posiada kod PKD w sekcji Q tj.
Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach:

Dział:	Proszę zaznaczyć właściwe X
86 – Opieka zdrowotna	
87 – Pomoc społeczna z zakwaterowaniem	
88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania.	

Nazwa wnioskowanego kształcenia ustawicznego.....
.....

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika kształcenia (pracownik lub pracodawca)	Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia związane z realizowanymi zadaniami

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a
odpowiedzialności prawno-karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

.....
(podpis i pieczęćka pracodawcy)



Powiatowy Urząd Pracy w Pleszewie ul. Wyspiańskiego 6 63-300 Pleszew
tel.: (62) 7427 – 425 pleszew.praca.gov.pl e-mail: popl@praca.gov.pl



Krajowy
Fundusz
Szkoleniowy