**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA PRIORYTETU Nr 2**

Oświadczam, że wskazana w niniejszym wniosku forma kształcenia ustawicznego pod nazwą …………………………………………………………………………………………………. dla (podać liczbę osób)………………………osób/by dotyczy wsparcia 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-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby.**

………………………………

Miejscowość i data

……………………………………………………………

Pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej