Załącznik 10B

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-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby)

Oświadczam, że pracownicy

……
(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do kształcenia w ramach Priorytetu nr 2, pracują bezpośrednio z osobami chorymi na COVID -19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby

Lp.	Nazwa wnioskowanego kształcenia	Wykonywany zawód/obejmowane stanowisko: - **pracownik służb medycznych,** - **pracownik służb socjalnych,** - **psycholog,** - **terapeuta,** - **pracownik domów pomocy społecznej,** - **pracownik zakładu opiekuńczo-leczniczego, prywatnego domu opieki oraz/lub innej placówki dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby**
1.		
2.		
3.		
4.		

…….
(miejscowość, data)

…….
(podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)