**Załącznik I do Wniosku**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Z SEKTORA OPIEKI MEDYCZNEJ**

Oświadczam, że wskazane we Wniosku działania obejmujące kształcenie ustawiczne **nie są:**

* stażami podyplomowymi wraz z kosztami obsługi określonymi w przepisach o zawodzie lekarza   
  i lekarza dentysty,
* szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa w przepisach   
  o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,
* specjalizacjami pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach o zawodach pielęgniarki   
  i położnej.

……………….. ………………………………………………………………

*(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,   
 a w przypadku braku imiennej pieczątki należy   
 złożyć czytelny podpis)*