**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)*