**Załącznik B do Wniosku**

**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.

………………..………………………………………………………………………..……………….……………………………………………

( nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że pracownicy wskazani do kształcenia w ramach Priorytetu nr 2 pracują z chorymi na Covid-19 lub osobami należącymi do grup ryzyka ciężkiego przebiegu Covid-19 takich jak osoby przewlekle chore, w podeszłym wieku, bezdomne itp.

………………..…..………… …………….………………..………………..…………………………….

(data)

podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

*(w przypadku braku imiennej pieczątki należy   
złożyć czytelny podpis)*