………………………………………………….………...

(nazwa pracodawcy - pieczęć firmowa) Radom dnia……………………..……………

Oświadczenie

(proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków KFS w ramach **priorytetu nr 2 tj**. 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)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej
z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444), oświadczam, że pracodawcy/pracownicy wymienieni poniżej spełniają priorytet nr 2, pracują bezpośrednio z osobami chorymi na COVID-19 lub należącymi do grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, takich jak osoby przewlekle chore, w podeszłym wieku, bezdomne itp. Wskazani pracodawcy/pracownicy nabędą nowe umiejętności, kwalifikacje związane z wykonywaną pracą:

1. ………………………………………………………………………….

2. ………………………………………………………………………….

3……………………………………………………………………………

4. ………………………………………………………………………….

5. ………………………………………………………………………….,

 …………………………………………………………………

Data i podpis wraz z pieczątką pracodawcy