

**Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o pomoc
o spełnianiu Priorytetu nr 4**

(wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych oraz wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w przedsiębiorstwach społecznych wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRPiPS)

Oświadczam, że:

.....
(pełna nazwa podmiotu)

posiadam PKD w sekcji R – opieka zdrowotna i społeczna w działach lub wpis (odpowiednie zaznaczyć):

- ☐ 86 – Opieka zdrowotna
- ☐ 87 – Pomoc społeczna z zakwaterowaniem
- ☐ 88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania
- ☐ Przedsiębiorstwo społeczne wpisane w Rejestr Jednostek Pomocy Społecznej
- ☐ Spółdzielnie socjalne posiadające wpis do KRS

Nazwa wnioskowanego kształcenia	Kwalifikacje nabywane w trakcie odbywanego kształcenia	Uzasadnienie potrzeby odbycia szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych

Oświadczam, że na powyższe szkolenia nie są przeznaczone inne środki publiczne.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć podmiotu lub osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)