



**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 Q – opieka zdrowotna i pomoc 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 szkolenia	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.

.....  
(miejsowość, data)

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