**Załącznik 7b**

…………………………… …………………………..

(pieczątka Pracodawcy) (miejscowość i data)

**Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr II**

*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.*

Oświadczam, że poniżej wymienione osoby wskazane do kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu II pracują bezpośrednio z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby:

1. ……………………………………………………...
2. ……………………………………………………...
3. ………………………………………………………
4. ………………………………………………………
5. ………………………………………………………
6. ………………………………………………………

………………………………………….

(czytelny podpis Pracodawcy)