

.....  
(pieczęć 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/niepelnosprawnych, 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)