**Załącznik nr 7 do Wniosku**

###### OŚWIADCZENIE PRACODAWCY – PRIORYTET 7

**Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych**

Oświadczam, **że na dzień 01.01.2025 r. posiadam** jeden z poniższych kodów PKD:

* 86.10.Z – Działalność szpitali
* 86.21.Z – Praktyka lekarska ogólna
* 86.22.Z – Praktyka lekarska specjalistyczna
* 86.23.Z – Praktyka lekarska dentystyczna
* 86.90.A – Działalność fizjoterapeutyczna
* 86.90.B – Działalność pogotowia ratunkowego
* 86.90.C – Praktyka pielęgniarek i położnych
* 86.90.D – Działalność paramedyczna
* 86.90.E- Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana
* 87.10.Z - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem zapewniająca opiekę pielęgniarską
* 87.20.Z - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób z zaburzeniami psychicznymi
* 87.30.Z - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych
* 87.90.Z - Pozostała pomoc społeczna z zakwaterowaniem
* 88.10.Z - Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych
* 88.91.Z - Opieka dzienna nad dziećmi
* 88.99.Z - Pozostała pomoc społeczna bez zakwaterowania, gdzie indziej niesklasyfikowana

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. -Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17) oświadczam, że informacje zawarte w dokumencie są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

…………………… ……………………….………………..……

 *(data) (pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy)*