

.....
(nazwa Wnioskodawcy)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
o spełnieniu Priorytetu nr 4 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że konieczne jest odbycie szkolenia lub nabycia określonych umiejętności przez osoby wskazane we wniosku:

z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych – przeważający kod PKD prowadzonej działalności:

.....

Odbycie wnioskowanego kształcenia ustawicznego jest konieczne i nie zostało/zostanie sfinansowane z innych środków publicznych.

przy wykonywaniu obowiązków służbowych pracowników i członków spółdzielni socjalnych

przy wykonywaniu obowiązków służbowych pracowników przedsiębiorstw społecznych

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

„Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zatajając prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

.....
(podpis Wnioskodawcy)