*Załącznik do wniosku o przyznanie środków z KFS*

*(pieczęć firmowa pracodawcy)*

*na dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego*

*pracowników i pracodawcy*

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU WYMAGAŃ PRIORYTETU:**

***wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek pandemii COVID-19, musiały podjąć działania w celu dostosowania się do zmienionej sytuacji rynkowej***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. **Dane pracodawcy**
 |  |
|  | 1. Nazwa pracodawcy:
 |  |
|  |  |  |
|  | 1. Adres siedziby:
 |  |
|  |  |  |
|  | 1. NIP:
 |  |
|  | 1. **Treść oświadczenia**
 |  |
|  | W związku ze złożeniem w Powiatowym Urzędzie Pracy w Busku - Zdroju wniosku o przyznanie środków z KFS oświadczam, że reprezentowana przeze mnie firma (przedsiębiorstwo)spełnia warunki powyższego priorytetu, ponieważ w związku ze zmianami na rynku pracy spowodowanymi pandemią COVID -19musiałem/musiałam podjąć działania w celu dostosowania się do nowych warunków. Konieczność nabycia nowych umiejętności/kwalifikacji jest następstwem: zmiany profilu działalności / poszerzenia działalności\*Działania, o których mowa powyżej polegają na: …………………………………………………………………………………… ………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (opis zmian)\*Niepotrzebne skreślić verteW związku ze wskazanymi powyżej zmianami istnieje potrzeba nabycia nowych kwalifikacji/umiejętności w zakresie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |
|  | 1. **Data i podpis**
 |  |
|  |  |  *(Data)* |  |  |  |  *(Podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę)* |  |  |
|  | Strona 1 z 1 |  |