………………………………………………… …….……………………………..

Imię i nazwisko albo nazwa Pracodawcy (miejscowość, data)

***Adres siedziby:***

***………………………………………………….***

***…………………………………………………..***

**Oświadczenie pracodawcy dotyczące Priorytetu nr 1 - Wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność;**

Oświadczam, że na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby Covid -19 określonych w n/w przepisach

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(wskazać akt prawny nakładający ograniczenia, nakazy i zakazy w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej)*

w okresie od ………………………..do …………………… działalność mojej firmy została ograniczona.

W związku z powyższym istnieje konieczność nabycia przez pracodawcę/ pracowników\* nowych umiejętności/kwalifikacji związanych z rozszerzeniem/przekwalifikowaniem\* obszaru działalności firmy na podstawie zmian (PKD) dokonanych w CEiDG lub KRS.

Zakres działalności firmy został rozszerzony o ……………………….....................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

/przekwalifikowany na ………………………………................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..…...

*(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do*

*reprezentowania Pracodawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*