***Załącznik nr 12 do wniosku KFS***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

w ramach określonego **priorytetu 7** w związku ze wsparciem rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych   
w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych

*(wypełniamy jeżeli osoby kwalifikują się do objęcia wsparciem w ramach wyżej wymienionego priorytetu)*

*…......................................................................................................................................................................................................................................................................*

*(Nazwa i adres siedziby Wnioskodawcy)*

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej** za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1   
i § 1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny: *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód   
w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę   
lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”*

**w imieniu swoim i podmiotu, który reprezentuję, oświadczam, że:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kod PKD** |
| ***firma posiada kod PKD – zgodny z dokumentem rejestrowym*** |  |

***(WAŻNE! W pkt 4.5. wniosku należy wykazać w uzasadnieniu konieczność odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych).***

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

*(Miejscowość, data) (Pieczątka i podpis Wnioskodawcy*

*lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)*