**Załącznik nr 5**

 Łańcut, dnia ………………………

***OŚWIADCZENIE PRACODAWCY***

*o spełnianiu Priorytetu 13*

*(Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach /branżach, które powiatowe urzędy pracy określą na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa)*

**Świadom/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 297 § 1 Kodeksu karnego, zgodnie z którym
w przypadku przedłożenia w celu uzyskania wsparcia finansowego podrobionego, przerobionego, poświadczającego nieprawdę albo nierzetelnego dokumentu albo nierzetelnego pisemnego oświadczenia dotyczącego okoliczności o istotnym znaczeniu oświadczam co następuje:**

Osoba/-y wskazana/-e do udziału w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków Rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego, w ramach priorytetu 13 spełnia/-ją warunki tego Priorytetu. Wskazana forma kształcenia ustawicznego odbywać się będzie w niżej wskazanym obszarze/branży kluczowej dla rozwoju Powiatu Łańcuckiego, zgodnie z tabelą:

Dla Powiatowego Urzędu Pracy w Łańcucie dokumentem strategicznym jest: ,,Program Rozwoju Powiatu Łańcuckiego do 2030 roku”, dostępny na stronie internetowej: [www.powiatlancut.pl](https://www.powiatlancut.pl/powiat/dokumenty/)).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wybrany obszar** (proszę zaznaczyć) | **Obszar /Branża** | **Sekcja** | **Dział PKD** |
|  | Turystyczna | **I** - Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi | **55** - Zakwaterowanie**56**- Działalność usługowa związana z wyżywieniem |
| **S** - Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją | **90** - Działalność twórcza i działalność związana z wystawianiem przedstawień artystycznych**91**- Działalność bibliotek, archiwów, muzeów oraz pozostała działalność związana z kulturą**93**- Działalność sportowa, rozrywkowa i rekreacyjna |
|  | Edukacyjna | **Q** – Edukacja | **85** – Edukacja |
|  | Opieka społeczna i zdrowotna | **R** - Opieka zdrowotna i pomoc społeczna | **86** - Opieka zdrowotna**87**- Pomoc społeczna z zakwaterowaniem**88** - Pomoc społeczna bez zakwaterowania |

Ponadto oświadczam, że reprezentowana przeze mnie firma posiada przeważający kod PKD ……….. we wskazanym obszarze według stanu na dzień 01.01.2025 r.

 ……..………………………………………..

 (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby
 uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)