*Załącznik nr 7 do Umowy Wsparcia w Projekcie*

*„Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej"*

*nr POWR.02.21.00-00-R168/21*

…………………………………………

Miejscowość, data

……………..………………………………………

……………………………………………………..

…………….……………………………………….

Dane Przedsiębiorcy

**OŚWIADCZENIE PRZEDSIĘBIORCY (DOTYCZĄCE KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH)[[1]](#footnote-1)**

Dotyczy: udziału Pracowników[[2]](#footnote-2) w Projekcie „Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej" nr POWR.02.21.00-00-R168/21

Ja, ………………….……………………………………………………………………………………….., działając w imieniu Przedsiębiorstwa: ………………..………………………………………………………………………………………………….. w ramach Umowy wsparcia   
nr ……………………………………………….. zawartej w ramach projektu „***Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej   
i Pomocy Społecznej***” (nr projektu POWR.02.21.00-00-R168/21) **oświadczam, że** **wydeleguję do wzięcia udziału w usłudze rozwojowej[[3]](#footnote-3):**

pracowników, którzy nie uczestniczyli, nie uczestniczą oraz nie będę uczestniczyć w usługach rozwojowych (np.: szkolenia, doradztwo, studia podyplomowe) rekomendowanych przez Sektorową Radę ds. kompetencji realizowanych w ramach przedmiotowego konkursu („Kompetencje dla sektorów”) lub w ramach konkursu „Szkolenia lub doradztwo wynikające z rekomendacji sektorowych rad ds. kompetencji” (nr POWR.02.21.00-IP.09-00-004/18) – 2 konkursy realizowane w ramach działania 2.21 3 typ 4 PO WER poza projektem „Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej (proszę podać imiona i nazwiska):

Aby spełnić to kryterium **wszystkie wydelegowane** osoby, na wszystkie usługi z których skorzysta przedsiębiorca   
w ramach umowy wsparcia muszą spełnić to kryterium!

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

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

pracownika, który jest osobą z niepełnosprawnością – (proszę podać imię i nazwisko)

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

pracownika, który jest kobietą – (proszę podać imię i nazwisko)

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

pracownika, który ukończył 50 rok życia – (proszę podać imię i nazwisko)

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

**Zobowiązuję się, że wyżej wymienione osoby/osoba będą wydelegowane do wzięcia udziału w usługach rozwojowych w ramach zawartej Umowy wsparcia.**

**Oświadczam, że** w przypadku udziału w usłudze rozwojowej, osoby z niepełnosprawnością, **wraz z dokumentami rozliczeniowymi przedstawię kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności potwierdzonego za zgodność z oryginałem.**

**Jestem świadomy, że zgodnie z zapisami Regulaminu Rekrutacji § 3 pkt. 6 oraz zapisami Umowy wsparcia § 9 pkt. 1.3   
w przypadku, jeżeli którekolwiek z zaznaczonych powyżej kryteriów nie zostanie spełnione w trakcie trwania umowy, umowa zostanie rozwiązana, wszelkie poniesione koszty uznane będą za niekwalifikowalne, a wypłacone dofinansowanie będzie podlegało zwrotowi na konto Operatora.**

…………………………………………………

Podpis i pieczęć Przedsiębiorcy

1. Wypełnia Przedsiębiorca który zaznaczył we wniosku o dofinansowanie kryteria premiujące [↑](#footnote-ref-1)
2. Definicję pracownika zawiera § 1 ust. 12 Regulaminu rekrutacji [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeżeli wskazany uczestnik nie będzie mógł wziąć udziału w usłudze Przedsiębiorstwo może oddelegować innego pracownika spełniającego to samo kryterium [↑](#footnote-ref-3)