*Załącznik nr 9*

..………….………………………………………..

 (nazwa pracodawcy)

Ostrowiec Św. , dnia…………………

***UWAGA: Wypełnia pracodawca w przypadku ubiegania się o dofinansowanie
 kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych oraz
 fizjoterapeutów.***

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż wskazane we wniosku formy pomocy nie są stażami podyplomowymi i specjalizacyjnymi oraz szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów.

…………………………………………

/pieczęć imienna i podpis wnioskodawcy lub

 osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy,

 bądź czytelnie imię i nazwisko/