***Załącznik nr 5C do wniosku z rezerwy KFS***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

dotyczące określonego przez Radę Rynku Pracy **priorytetu RRP3 -** wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu suskiego wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju

 *(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”*

**Oświadczam, że** wszystkie osoba/y wskazana/e we wniosku o dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków z rezerwy KFS, będą realizować kształcenie w ramach (prozę wskazać *konkretny* Obszar, Główny kierunek polityki rozwoju i Główny kierunek działań na podstawie **„Programu Rozwoju Powiatu Suskiego na lata 2021-2030. Powiat Suski 2030”** <https://powiatsuski.pl/rozwoj-powiatu/>)

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

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

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

***(WAŻNE! W pkt 8.4 oraz pkt. 5 wniosku należy wykazać w uzasadnieniu, że wskazany/e kierunek/ki kształcenia ustawicznego jest/są ściśle związane z i w ww. obszarem działania)***

…………………….. ……………………………………….

*(Miejscowość, data) (czytelny podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej )*