**Załącznik nr 5E do wniosku o przyznanie środków z KFS**

***Druk wniosku obowiązujący w 2025r****.*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI W SEKTORZE USŁUG ZDROWOTNYCH / OPIEKUŃCZYCH**

w ramach **priorytetu 7: Wsparcie 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 prowadzę działalność w sektorze usług zdrowotnych / opiekuńczych oraz, że:***

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

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

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

*lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)*