*Załącznik nr 15*

..………….………………………………………..

 (nazwa pracodawcy)

Pińczów. , dnia…………………

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

 Oświadczam ,że wskazane we Wniosku działania obejmujące kształcenie ustawiczne **nie są:**

* stażami podyplomowymi wraz z kosztami obsługi określonymi w przepisach
o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,
* szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa
w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,
* specjalizacjami pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach o zawodach pielęgniarki i położnej.

…………………………………………

/pieczęć imienna i podpis wnioskodawcy /

 osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy