**Załącznik nr 9 do Wniosku**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

 **(składa pracodawca ubiegajacy się o dofinansowanie kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów, pielegniarek i położnych)**

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, iż wskazane we wniosku formy pomocy nie są stażami podyplomowymi i specjalizacyjnymi oraz szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy, lekarzy dentystów, pielegniarek i położnych.

 *………………………………………*

 (data)

..............................................................

(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)