...……………………….......

 pieczęć Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU NR 2**

Oświadczam, że osoba/y objęte wnioskiem pracują z chorymi na COVID-19 lub/i osobami należącymi do grupy ryzyka ciężkiego przebiegu COVID.

………………………… .........................………………………………….. Miejscowość, data Podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej