Załącznik nr 18 do wniosku

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnieniu Priorytetu nr 14**

**(Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzaniem elastycznego czasu pracy z zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnianie w firmach work-life balance)**

Oświadczam, że pracodawca/pracownicy\*:

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

(*pełna nazwa Pracodawcy*)

wskazani we wniosku w ramach Priorytetu 14 w związku z\*\*:

🞎 wprowadzeniem elastycznego czasu pracy:

🞎 praca zdalna

🞎 skrócony tydzień pracy

🞎 obniżenie wymiaru czasu pracy

🞎 inne (*jakie?)* …………………………………………………………………………..

🞎 rozpowszechnieniem w firmie work-life balance

będą odbywać nw. kształcenie ustawiczne w ramach[[1]](#footnote-1):

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

............................................................................................................................................... ,

(*forma i nazwa wnioskowanego kształcenia*)

w szczególności nabędą wiedzę i umiejętności zgodnie z poniższą tematyką\*\*:

* zarządzanie czasem i priorytetami (w tym m. in. techniki efektywnego planowania dnia pracy zdalnej lub w elastycznych godzinach, optymalizacja czasu pracy, priorytetyzacja zadań, zarządzanie stresem związanym z pracą elastyczną),
* komunikacja w elastycznym środowisku pracy (w tym m.in. **s**kuteczna komunikacja w zespole pracującym na odległość, budowanie zaufania i współpracy na odległość),
* work-life balance i jego znaczenie (w tym m.in. równoważenie życia zawodowego i prywatnego, istota odpoczynku i regeneracji, kultura organizacyjna a work-life balance),
* wykorzystanie technologii w elastycznym czasie pracy (w tym m.in. narzędzia do zarządzania czasem i projektami wspierające elastyczność i wydajność w pracyzdalnej),
* motywowanie i wspieranie pracowników (w tym m.in. techniki motywacyjne w środowisku elastycznej pracy, programy wsparcia zdrowia psychicznego i fizycznego),
* zarządzanie efektywnością i wydajnością (w tym m.in. mierzenie wyników w elastycznym systemie pracy zdalnej, ocena efektywności pracy zdalnej),
* inne (*jakie?)* ……...…………….……………………………..............................................................  
  ……………………………………………………………………………………………………..... .

\* niepotrzebne skreślić

\*\* zaznaczyć właściwe

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

(data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub Pełnomocnika)

**Uwaga !**

**Wypełnia pracodawca w przypadku wnioskowania o działania w ramach Priorytetu 14.**

1. wskazać minimum jedno z wymienionych: kurs/studia podyplomowe / egzamin / badania lekarskie i psychologiczne

   ubezpieczenie NNW wraz z określeniem nazwy (nazwa kursu, egzaminu itp.) [↑](#footnote-ref-1)