

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ PO UKOŃCZONYM
SZKOLENIU

1. Pełna nazwa pracodawcy

.....
.....

2. Adres

.....
.....

3. Nr tel.

4. NIP

5. REGON

6. Osoba reprezentująca pracodawcę

.....

7. Forma prawna

.....
.....

(przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka – jaka?, itp.)

8. Rodzaj działalności

.....
.....

Deklaruję zatrudnienie

Pana(i).....

(imię i nazwisko)

niezwłocznie po zakończeniu szkolenia

.....

na stanowisku

.....

Akceptuję program szkolenia przyjęty przez Powiatowy Urząd Pracy w Łobzie.

.....

podpis i pieczęć pracodawcy