

Pieczeń pracodawcy

**Wykaz działań objętych finansowaniem****\*dotyczy tylko pracowników, którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej****Uwaga! Pracodawca musi uzyskać zgodę pracowników wymienionych w poniższej tabeli na przekazanie swoich danych osobowych Powiatowemu Urzędowi Pracy w Łobzie**

| Lp. | Imię i nazwisko osoby objętej działaniem | Wiek | Wykształcenie | Obszar wsparcia wg priorytetów (należy wskazać właściwy nr priorytetu) | Forma zatrudnienia (rodzaj umowy, data zatrudnienia, od-do) | Stanowisko służbowe | Nazwa kursu, egzaminu, badań lekarskich i psychologicznych, ubezpieczenie NWW, inne | Informacja dot. dalszego zatrudnienia osoby, która została objęta kształceniem |
|-----|--|------|---------------|--|---|---------------------|---|--|
|     |  |      |               |  |   |                     |   |  |
|     |  |      |               |  |   |                     |   |  |
|     |  |      |               |  |   |                     |   |  |
|     |  |      |               |  |   |                     |   |  |
|     |  |      |               |  |   |                     |   |  |
|     |  |      |               |  |   |                     |   |  |
|     |  |      |               |  |   |                     |   |  |

Oświadczam, że powyższe dane wytypowanych do udziału w kształceniu ustawicznym pracowników są zgodne z umowami o pracę zawartymi z tymi osobami i na dzień złożenia wniosku są aktualne.