

**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
przesiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka – jaka?, itp.
8. Rodzaj działalności

Deklaruję zatrudnienie

Pana(i)
imię i nazwisko
niezwłocznie po zakończeniu szkolenia
.....
na stanowisku
.....

na okres co najmniej 90 dni na umowę o pracę (min. ½ etatu).

Jednocześnie oświadczam, iż akceptuję program szkolenia przyjęty przez Powiatowy Urząd Pracy w Łobzie.

.....
podpis i pieczęć pracodawcy