(pieczątka firmy) dnia……………………

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE/UTRZYMANIU ZATRUDNIENIA

1. **Pełna nazwa pracodawcy**

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

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

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

1. **Adres pracodawcy**

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

................................................................................................................................................REGON

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PKD(2007) NIP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

telefon:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Osoba do kontaktu**

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

Przedstawiając powyższą informację oświadczam, że zamierzam zatrudnić/kontynuować współpracę na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, która podlega ubezpieczeniom społecznym, na okres co najmniej 30 dni

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

/imię i nazwisko osoby przewidzianej do zatrudnienia/

niezwłocznie, najpóźniej w terminie do 1 miesiąca od uzyskania uprawnień

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

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

/nazwa szkolenia/egzaminu/licencji/

*…..…………………………………….*

(podpis pracodawcy-pieczęć imienna)

Powiatowy Urząd Pracy w Jastrzębiu-Zdroju informuje, że po zakończonym szkoleniu z Państwa firmą skontaktuje się doradca ds. zatrudnienia, w celu przyjęcia oferty pracy w związku z w/w deklaracją, na podstawie której Wnioskodawcy zostanie wydane skierowanie do pracy.