……..…………………….,dn.…..….………..

………………………..…………

 (pieczątka firmy)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ**

**PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA**

1. Pełna nazwa pracodawcy …………………………………………………………………….

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

2. Pełny adres, telefon …..………………………………………………………..........................

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

REGON ……………………………………EKD/PKD….............................................................

NIP………………………………………

3. Osoba reprezentująca pracodawcę……………………………………………………………

 /uprawniona do podpisywania umów/

4. Rodzaj prowadzonej działalności .................…………………………………………………

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

***Przedstawiając powyższą informację, wyrażam chęć zatrudnienia Pana/Pani***

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

/imię i nazwisko – data urodzenia/

***w ciągu 30 dni od daty otrzymania uprawnień w zakresie***

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

/nazwa szkolenia/

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

***w pełnym wymiarze czasu pracy na okres co najmniej 6 miesięcy na stanowisku*** ……………………………………………........................................................................................

 **.…………………………………………………….**

(podpis pracodawcy - pieczęć imienna)

## *Załączniki:*

1. *Aktualna kopia wpisu do rejestru działalności gospodarczej lub rejestru sądowego potwierdzona za zgodność z oryginałem (tzn. wydana lub aktualizowana nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku).*