**DEKLARACJA PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY UPRAWNIONEJ
PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA**

Nazwa pracodawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Adres siedziby: ..........................................................................................................................................................................................

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

NIP …………………………………………………………………………………………………..……… REGON …………….…………………………………………………

Numer telefonu: ............................................................................................... e-mail: ................................................................................................................

Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy:.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Oświadczam, iż zatrudnię Pana / Panią: ..................................................................................................................................

zamieszkałego/łą: ....................................................................................................................................................................................na stanowisku: ..............................................................................

do 90 dni po ukończeniu szkolenia lub uzyskaniu uprawnień na okres minimum
90 dni, na podstawie1 ......................................................................................................................................................., w2 ……………………………………………………………………...…………………… wymiarze czasu pracy.

*.........................................................................................................*

(pieczęć imienna i podpis pracodawcy
lub osób upoważnionych do reprezentacji)

umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenie

2 pełny, niepełny (w przypadku niepełnego wymiaru czasu wskazać dokładną wielkość etatu)