

\_\_\_\_\_  
(Miejscowość i data)

\_\_\_\_\_  
(Pieczęć firmy)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY  
O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA  
OSOBY BEZROBOTNEJ PO UKOŃCZONYM SZKOLENIU**

1. Nazwa pracodawcy \_\_\_\_\_

2. Adres, telefon \_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_ PKD \_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_

**Przedstawiając powyższą informację oświadczam, że zamierzam zatrudnić \***

Pana/Panią

\_\_\_\_\_  
/imię i nazwisko osoby przewidzianej do zatrudnienia/

**niezwłocznie (jednak nie później niż do 2 miesięcy) od ukończenia szkolenia:**

\_\_\_\_\_  
/nazwa szkolenia/

**na okres co najmniej 3 miesięcy na stanowisku:** \_\_\_\_\_

**w pełnym wymiarze czasu pracy.**

\_\_\_\_\_  
(podpis pracodawcy)