Załącznik nr 1

Oświadczenie pracodawcy dotyczące osób objętych kształceniem.

KRAJOWY FUNDUSZ SZKOLENIOWY

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Nazwa kształcenia | Forma zatrudnienia(umowa o pracę) | Okres trwania(czas nieokreślony/określony – data końcowa) | Zajmowane stanowisko |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |

…………...………………..

(podpis i pieczątka pracodawcy)