

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	Wykształcenie
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

.....  
(podpis i pieczęć pracodawcy)