…….
(pieczątka firmy)

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA PO ZAKOŃCZONYM SZKOLENIU OSOBY POSZUKUJĄCEJ PRACY POSIADAJĄCEJ STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ NIEPOZOSTAJĄCEJ W ZATRUDNIENIU

1. Pełna nazwa pracodawcy ……..

…….

2. Pełny adres, telefon …..…….....

…….....

Telefon…….. e-mail …….

REGON ……EKD/PKD…….....

NIP……

3. Osoba reprezentująca pracodawcę……..

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

…….

Przedstawiając powyższą informację oświadczam, że wyrażam chęć zatrudnienia Pana/Pani

…….....…….....
/ imię i nazwisko /

po zakończonym szkoleniu z zakresu …...…….....

…….…….....

sposób zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie), pełnione stanowisko

…….....

Zatrudnienie nastąpi maksymalnie do trzech miesięcy od dnia ukończenia kursu.
Umowa zostanie zawarta na co najmniej 30 dni.

.....

(Data i podpis pracodawcy - pieczęć imienna)