



Powiatowy Urząd Pracy w Świdniku

Aleja Lotników Polskich 1, 21-045 Świdnik
NIP 713-177-77-50, REGON 431203382
tel. (81) 461-35-02, (81) 461-35-07, fax. (81) 461-35-98

Świdnik, dnia _____

(pieczęć firmy)

OŚWIADCZENIE
PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA
OSOBY BEZROBOTNEJ PO UKOŃCZONYM SZKOLENIU

1. Nazwa pracodawcy _____

2. Adres, telefon _____

REGON _____ PKD _____ NIP _____

3. Osoba reprezentująca pracodawcę _____

4. Rodzaj prowadzonej działalności _____

Przedstawiając powyższą informację oświadczam, że zamierzam zatrudnić

Pana/ią _____
/imię i nazwisko osoby przewidzianej do zatrudnienia/

w terminie _____

po ukończeniu szkolenia _____
/nazwa szkolenia/

na stanowisku _____
/nazwa stanowiska/

(podpis pracodawcy – pieczęć imienna)



Centrum Aktywizacji Zawodowej