



....., dnia
/miejscowość/

.....
/pieczęć firmowa Pracodawcy/

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA

I. Dane Pracodawcy

Pełna nazwa Pracodawcy

Adres

Nr tel. fax. e-mail

NIP REGON EKD/PKD

Forma prawna

Data rozpoczęcia działalności

Osoba reprezentująca Pracodawcę (imię i nazwisko)

II. Oświadczenie Pracodawcy

Oświadczam, że zatrudnię lub powierzę wykonanie innej pracy zarobkowej, która podlega ubezpieczeniom społecznym **Pana(u)/ Panią(i)**

.....
/imię i nazwisko oraz nr PESEL osoby przewidzianej do zatrudnienia/
na stanowisku

.....
/nazwa stanowiska/
na podstawie (*właściwe zaznaczyć*):

- ☐ umowy o pracę na okres w wymiarze etatu
- ☐ umowy zlecenie na minimum 3 pełne miesiące, której wartość nie będzie mniejsza niż trzykrotność minimalnego wynagrodzenia;
- ☐ umowy o dzieło, której wartość nie będzie mniejsza niż trzykrotność minimalnego wynagrodzenia;
- ☐ inne

niezwłocznie po ukończeniu niżej wymienionego szkolenia, nie później jednak niż w terminie 30 dni licząc od dnia zakończenia szkolenia lub przystąpienia do egzaminu jeśli jest przewidziany, jako potwierdzenie uzyskanych kwalifikacji.

.....
/nazwa i zakres szkolenia/

Informuję, że wyżej wymieniona osoba odbyła rozmowę kwalifikacyjną, podczas której ustalono, że spełnia wszystkie wymagania i oczekiwania pracodawcy. Warunkiem podpisania stosownej umowy o pracę lub inną pracę zarobkową jest odbycie w/w szkolenia i uzyskanie właściwych kwalifikacji.

Ponadto oświadczam, że jest mi znany przybliżony czas realizacji przedmiotowego szkolenia i nie wpływa on negatywnie na wystawioną deklarację zatrudnienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Oświadczam, że firma nie znajduje się w stanie likwidacji, nie ogłoszono wobec niej upadłości, nie zalega z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, pod rygorem odpowiedzialności za szkodę spowodowaną fałszywym oświadczeniem.

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)