Puławy, dnia ………………………………………

….....................................................................................

pieczęć firmowa pracodawcy

**DEKLARACJA PRACODAWCY DO BONU SZKOLENIOWEGO**

**O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA BEZROBOTNEGO PO SZKOLENIU**

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

Pełna nazwa pracodawcy ................................................................................................................................................................................

…..............................................................................................................................................................................................................................

Adres: ....................................................................................................................................................................................................................

nr tel.: ........................................, e mail: …................................................................................. NIP: ….......................................................

Forma prawna: ...................................................................................................................................................................................................

Rodzaj działalności: .........................................................................................................................................................................................

Osoba reprezentująca pracodawcę (imię i nazwisko): …...................................................................................................................

**II. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam, że zatrudnię lub powierzę inną pracę zarobkową Panu/Pani: ..............................................................

....................................................…..........................................................................................................................................................................

na stanowisku: ....................................................................................................................................................................................................

po zakończonym szkoleniu (podać nazwę szkolenia): .......................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................

w terminie 28 dni od daty jego zakończenia lub uzyskania kwalifikacji: (podać rodzaj umowy i okres zatrudnienia):

..................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................

Wymagany zakres szkolenia: .......................................................................................................................................................................

…..............................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

………………………………………………….

 *podpis i pieczęć pracodawcy*