|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Powiatowy Urząd Pracy we Włodawie  ul. Niecała 2 22-200 Włodawa tel. 82 572 52 40  e-mail: sekretariat@pup.wlodawa.pl |  |

**UZASADNIENIE CELOWOŚCI SZKOLENIA-**

**OŚWIADCZENIE PRZYSZŁEGO PRACODAWCY O ZAMIARZE POWIERZENIA**

**OSOBIE BEZROBOTNEJ PRACY.**

Zakład pracy …………………………………………………………………………………………..

oświadcza, że powierzy pracę osobie bezrobotnej tj. Pani/Panu……………………………………… zam. …………………………………………………………………………………………………... na podstawie umowy o pracę / umowy zlecenie / umowy o dzieło \*

na stanowisku …………………………………………………………………………………............

niezwłocznie (nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zakończenia szkolenia).

Warunkiem zatrudnienia w/w osoby jest zdobycie / podwyższenie/ zmiana kwalifikacji w zakresie:

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

**Dane dotyczące firmy:**

- osoba reprezentująca zakład pracy …………………………………………………………............

- nr telefonu …………………………………………………………………………………………...

- numer NIP …………………………………………………………………………………………...

- numer REGON ………………………………………………………………………………………

- EKD ………………………………………………………………………………………….............

- dokładny adres siedziby firmy ………………………………………................................................

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

…………………………………………….

/pieczęć i podpis pracodawcy/