



POWIATOWY URZĄD PRACY W ZAKOPANEM
UL. KS. STOLARCZYKA 14
34-500 ZAKOPANE

TEL/FAX 18 20 154 79
EMAIL: krza@praca.gov.pl
zakopane.praca.gov.pl

.....
(miejscowość, data)

DEKLARACJA PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Pełna nazwa pracodawcy | |
| Adres pracodawcy | |
| Telefon kontaktowy | |
| NIP | |
| Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do podpisania niniejszej deklaracji | |
| <p style="text-align: center;">Niniejszym oświadczam, że zamierzam (zaznaczyć właściwe):</p> <p><input type="checkbox"/> zatrudnić</p> <p><input type="checkbox"/> powierzyć inną pracę zarobkową</p> <p>na okres co najmniej 3 miesięcy</p> | |
| Pana / Panią (imię, nazwisko, PESEL) | |
| na stanowisku | |
| w terminie 14 dni od daty ukończenia szkolenia pod nazwą lub uzyskania następujących uprawnień: | (należy wpisać nazwę szkolenia lub uprawnień niezbędnych do podjęcia pracy) |
| Inne informacje | |

.....
/podpis i pieczęć pracodawcy/