



P O W I A T O W Y

URZĄD PRACY w Brzegu  
CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ

49-300 BRZEG, ul. Armii Krajowej 32  
REGON 531596705; NIP: 747-12-24-978  
tel./fax: +48/77 444 13 90 do 92  
e-mail: opbr@praca.gov.pl  
http://pup.brzeg.pl



(pieczęć)

miejsowość i data

### Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby bezrobotnej po szkoleniu

1. Pełna nazwa pracodawcy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Adres pracodawcy : Miejscowość \_\_\_\_\_

3. Ulica i nr domu/lokalu \_\_\_\_\_

4. Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

5. NIP : --

6. REGON :

7. EKD/PKD :

8. Oświadczam, że po zakończeniu szkolenia pn. \_\_\_\_\_

zatrudnię Pana/Panią: \_\_\_\_\_

na stanowisku \_\_\_\_\_

w terminie do \_\_\_\_\_ na okres co najmniej \_\_\_\_\_.

(max. do 3 m-cy).

Upředzony /a/ o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość powyższych danych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych /Dz.U. Nr 101 z 2002r. z późniejszymi zmianami/.

Podpis i pieczęć pracodawcy