Załącznik 1

............................................... Strzelin, dnia …………………

*pieczęć pracodawcy*

**Oświadczenie pracodawcy**

Oświadczam, że zamierzam zatrudnić Pana/ Panią …………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

zamieszkały/ą ...............................................................................................................................

w charakterze................................................................................................................................

*(nazwa stanowiska pracy)*

w terminie 14 dni po ukończeniu kursu i uzyskaniu niezbędnych kwalifikacji /zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dostępną na stronie [**www. psz**](http://www.psz/)**. praca. gov.pl** /

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

*(nazwa kursu)*

na okres ........................................ na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy.

Nazwa i adres pracodawcy: ……………………………………………………………………...

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

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

nr tel. ............................................................................................................................................

NIP ...............................................................................................................................................

REGON ........................................................................................................................................ PKD ..............................................................................................................................................

Oświadczam, że nie znajduję się w stanie likwidacji, nie ogłoszono wobec mnie upadłości, nie zalegam z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.

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

(pieczątka i podpis osoby upoważnionej)