Załącznik nr 1

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA**  **Oświadczam, że:** | |
| 1. | Pełna nazwa pracodawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adres Siedziby:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nr telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Oświadczam, że zamierzam powierzyć Pani/Panu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (imię i nazwisko osoby)  zam. w: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  pracę na stanowisku / w zawodzie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kod zawodu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (nazwa zawodu/stanowiska pracy)  po ukończeniu szkolenia/kursu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (nazwa szkolenia/kursu)  Przewidywany termin zatrudnienia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Przewidywany okres zatrudnienia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wymiarze czasu pracy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (co najmniej 3 miesiące) (nie mniej niż ½) |
| 2. | **Dysponuję sprzętem, na który wymagane są wnioskowane kwalifikacje zawodowe.** |
| 3. | **Ww. osoba odbyła rozmowę kwalifikacyjną, podczas której ustalono, że spełnia wymogi zatrudnienia oraz oczekiwania pracodawcy na ww. stanowisku. Do zatrudnienia i podpisania umowy niezbędne jest odbycie, ww. szkolenia. Informuję, że zostałem/-łam poinformowany/-a o czasie trwania szkolenia oraz o możliwości zmiany terminu zatrudnienia, w przypadku zmiany terminu szkolenia.** |
| 4. | **Przyjęłam/em do wiadomości, że niewywiązanie się ze złożonego zobowiązania dotyczącego zatrudnienia może wpłynąć na współpracę z Powiatowym Urzędem Pracy w Głogowie, a w szczególności na sposób rozpatrzenia wniosku w ramach form pomocy w tym kolejnych składanych deklaracji innym uczestnikom do przeszkolenia.** W przypadku niemożliwości wywiązania się ze złożonego zobowiązania należy na adres swojego doradcy lub szkolenia@pup.glogow.pl przesłać informację o przyczynie zaistniałej sytuacji (z uwzględnieniem danych instytucji oraz osoby szkolonej). |
| 5. | **Załączam do Urzędu zgłoszenie wolnego miejsca pracy celem realizacji deklaracji zatrudnienia.** |
| 6. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  /data/ /pieczęć nagłówkowa/ /pieczęć imienna i podpis Pracodawcy,   bądź czytelnie imię i nazwisko/ |