(pieczątka firmy) dnia……

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE/UTRZYMANIU ZATRUDNIENIA

1. Pełna nazwa pracodawcy

.....

.....

.....

2. Adres pracodawcy

.....

.....

REGON | | | | | | | | | |

PKD (2007) | | | | | | | | | |

NIP | | | | | | | | | | |

telefon: | | | | | | | | | |

3. Osoba do kontaktu

.....

Przedstawiając powyższą informację oświadczam, że zamierzam zatrudnić/kontynuować współpracę na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, która podlega ubezpieczeniom społecznym, na okres co najmniej 90 dni

.....

/imię i nazwisko osoby przewidzianej do zatrudnienia/

niezwłocznie, najpóźniej w terminie do 1 miesiąca od uzyskania uprawnień

.....

.....

/nazwa formy kształcenia/

…..……..

(podpis pracodawcy)