.... dnia.....
pieczęć pracodawcy

DYREKTOR
Powiatowego Urzędu Pracy
w Nowym Mieście Lubawskim
ul. Grunwaldzka 3
13-300 Nowe Miasto Lubawskie

DEKLARACJA PRACODAWCY

.....
(nazwa i adres pracodawcy)

.....

nr telefonu ..... **NIP** .....

Regon ..... **EKD** .....

zobowiązuje się do zatrudnienia Pana /i .....

zamieszkałego/ej .....

na stanowisku .....
(nazwa stanowiska pracy)

po ukończeniu .....
(nazwa szkolenia)
.....

na okres co najmniej 12 miesięcy , na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy, w terminie do 30 dni od daty ukończenia w/w szkolenia (bądź w trakcie trwania), zadania egzaminu, uzyskania licencji *

....
(miejscowość, data) *(podpis i pieczątka osoby upoważnionej)*

*) niepotrzebne skreślić