Załącznik 1

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

 *pieczęć pracodawcy*

 **DEKLARACJA PRACODAWCY**

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

 *(imię i nazwisko)*

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

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

 *(nazwa stanowiska pracy)*

w terminie 14 dni po ukończeniu kursu / studiów podyplomowych / nabyciu wiedzy i umiejętności

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

 *(nazwa kursu / studiów podyplomowych / nabyta wiedza i umiejętności)*

na okres **minimum 180 dni** na podstawie (właściwe zaznaczyć):

1. umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy,
2. umowy zlecenia.

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)