|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***POWIATOWY URZĄD PRACY W ZAKOPANEM******UL. KS. STOLARCZYKA 14******34-500 ZAKOPANE*** | ***TEL/FAX 18 20 154 79******EMAIL:*** ***krza@praca.gov.pl******www.pupzakopane.pl*** |

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

 (miejscowość, data)

**DEKLARACJA PRACODAWCY**

**O ZAMIARZE UTRZYMANIA MIEJSCA PRACY**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa pracodawcy |  |
| Adres pracodawcy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| NIP |  |
| Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do podpisania niniejszej deklaracji |  |
| **Niniejszym oświadczam, że zamierzam utrzymać miejsce pracy**  |
| Pana / Pani (imię, nazwisko, PESEL) |  |
| na stanowisku |  |
| przez okres co najmniej 12 miesięcy po ukończeniu studiów podyplomowych pod nazwą: | (należy wpisać nazwę studiów podyplomowych niezbędnych do utrzymania pracy) |
| Inne informacje |  |

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

 /podpis i pieczątka pracodawcy/