



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 pieczęć pracodawcy/