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