



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 ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ

Pełna nazwa pracodawcy	
Adres pracodawcy	
Telefon kontaktowy	
NIP	
Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do podpisania niniejszej deklaracji	
<p style="text-align: center;">Niniejszym oświadczam, że zamierzam (zaznaczyć właściwe):</p> <p><input type="checkbox"/> zatrudnić</p> <p><input type="checkbox"/> powierzyć inną pracę zarobkową</p> <p>na okres co najmniej 3 miesięcy</p>	
Pana / Panią (imię, nazwisko, PESEL)	
na stanowisku	
w terminie 14 dni od daty ukończenia szkolenia pod nazwą lub uzyskania następujących uprawnień:	(należy wpisać nazwę szkolenia lub uprawnień niezbędnych do podjęcia pracy)
Inne informacje	

.....
/podpis i pieczęć pracodawcy/