

..... dnia
(pieczęć pracodawcy)

**DEKLARACJA ZATRUDNIENIA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY
PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA**

Oświadczam, że zamierzam zatrudnić Pana/Panią
zam.
na stanowisku
w terminie **30 dni** po ukończeniu kursu/szkolenia (uzyskaniu uprawnień) w zakresie:
.....
(nazwa kursu/szkolenia/uprawnień)

na okres co najmniej 3 miesięcy na podstawie umowy o pracę.

Nazwa i adres pracodawcy

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

Tel.

Oświadczam, że w/w osoba odbyła rozmowę kwalifikacyjną, podczas której ustalono, iż spełnia wymogi zatrudnienia oraz oczekiwania pracodawcy na w/w stanowisku. Do zatrudnienia i podpisania umowy niezbędne jest odbycie w/w szkolenia.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 K.K.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy/osoby upoważnionej)