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

(pieczęć firmy)

# DEKLARACJA PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ

1. Pełna nazwa pracodawcy ….......................................................................................................

….......................................................................................................................................................

1. Adres, telefon, e– mail …................................................................................................................

….......................................................................................................................................................

* + REGON …............................................
  + EKD/PKD ….........................................
  + NIP …...................................................

1. Osoba reprezentująca pracodawcę….........................................................................................

…..........................................................................................................................................................

1. Rodzaj prowadzonej działalności …................................................................................................

…...........................................................................................................................................................

**Przedstawiając powyższą informację, oświadczam, że zamierzam zatrudnić Panią / Pana:**

…......................................................................................................., nr PESEL: …...........................................

(imię i nazwisko)

na stanowisku..................................................................................................................................................

w …...................................................................................................................................................................

(nazwa zakładu pracy i adres miejsca wykonywania pracy)

od dnia ........................................, na okres ...................................................................................................

z wynagrodzeniem……...............**od którego *będą* odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne.**

*Oświadczam, że jestem świadomy(a), że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy, grozi kara pozbawienia wolności do lat trzech na podstawie art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny.*

*…..................................................... …...........................................................................*

(miejscowość, data) (podpis pracodawcy, pieczęć imienna)