Miejscowość: …………………, dnia …………………

**Deklaracja zatrudnienia po zakończeniu formy pomocy wystawiona przez pracodawcę**

Pełna nazwa pracodawcy: ........................................................................................................

Adres pracodawcy do doręczeń: ...............................................................................................

Adres prowadzenia działalności: ...............................................................................................

Numer telefonu ............................................. e-mail …………………………….……………….

NIP .............................................................. Regon ..........................................................

**Zobowiązuje się do zatrudnienia** w ramach umowy o pracę/stosunku służbowego/umowy o pracę nakładczą, w terminie do 30 dni od dnia zakończenia formy pomocy (szkolenia, egzaminu), na okres co najmniej 90 dni, za wynagrodzeniem ustalonym odpowiednio do rodzaju wykonywanej pracy, nie mniejszym jednak niż kwota obowiązującego minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz do informowania Powiatowego Urzędu Pracy w Ostródzie o każdej zmianie dotyczącej planowanego zatrudnienia**:**

Pana/i ....................................................................................................................................

PESEL ..............................................................

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

zakres wykonywanych czynności ..............................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Wyszczególnienie uprawnień niezbędnych do podjęcia pracy:** ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

......…………………….……………………….…………...

(podpis i pieczątka pracodawcy lub podpis i pieczątka osoby

uprawnionej do reprezentacji pracodawcy)