



Powiatowy Urząd Pracy w Stargardzie
ul. Pierwszej Brygady 35, 73-110 Stargard
Tel.: 91 578 40 14, fax. 91 578 05 37
e-mail: urząd@pupstargard.pl
stargard.praca.gov.pl

Załącznik nr 3 do wniosku o sfinansowanie szkolenia

.....
(pieczęć firmy)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O POTRZEBIE ZMIANY/UZUPEŁNIENIA KWALIFIKACJI

I. Dane dotyczące Pracodawcy/Przedsiębiorcy

Pełna nazwa Pracodawcy/Przedsiębiorcy

Adres

Nr tel. e-mail

NIP

Przedmiot działalności/branża

II. Oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy

Przedstawiając niniejszą informację, potwierdzam konieczność zmiany/uzupełnienia kwalifikacji* - ukończenia szkolenia w zakresie
przez Panią/Pana:, PESEL w celu utrzymania miejsca pracy na stanowiskuw w/w firmie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o tym, iż okres oraz godziny odbywania potencjalnego szkolenia zostaną wskazane przez jednostkę szkoleniową, co wiąże się z koniecznością dostosowania się zatrudnionego przeze mnie pracownika do harmonogramu szkolenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby uprawnionej)

**POD UWAGĘ BĘDĄ BRANE TYLKO KOMPLETNIE WYPEŁNIONE OŚWIADCZENIA
PRZEDSTAWIONE OŚWIADCZENIE NIE GWARANTUJE OTRZYMANIA FINANSOWANIA
SZKOLENIA**

*niepotrzebne skreślić