



Powiatowy Urząd Pracy w Stargardzie
ul. Pierwszej Brygady 35, 73-110 Stargard
Tel.: 91 578 40 14, fax. 91 578 05 37
e-mail: urzad@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

Rodzaj działalności

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