……………………………………………………

 Pieczątka Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

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

…………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby pracodawcy …………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Telefon ………………………………………… e-mail ……………………………………

Regon …………………………………………. NIP …………………………………………

Osoba reprezentująca pracodawcę …………………………………………………………

Oświadczam, że po ukończeniu szkolenia pn. ………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… istnieje możliwość zatrudnienia Pana/Pani *(imię i nazwisko)* ……………..……………

na stanowisku …………………………………………………………………………………

na okres co najmniej 3 miesięcy po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji/umiejętności.

…………………………………… …..…………………………………………

 data podpis i pieczątka osoby uprawnionej