

.....
.....
.....
Zabrze, dnia

(Nazwa i adres przedsiębiorcy)

OŚWIADCZENIE O ZWOLNIENIU REFUNDOWANEGO STANOWISKA PRACY

Na podstawie § 2 ust. 8 umowy nr z dnia
w sprawie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
dla skierowanego bezrobotnego, **oświadczam, że umowa o pracę z Panem/Panią***
..... **wygasła/została rozwiązana*** w dniu
na podstawie

Ponadto, zgodnie z § 2 ust. 9 w/w umowy zobowiązuję się przyjąć do pracy
kolejną osobę bezrobotną, skierowaną przez Urząd na miejsce osoby, z którą stosunek
pracy ustał/wygasł* oraz do zawarcia z nią umowy o pracę **w terminie 30 dni od daty
zwolnienia stanowiska pracy.**

W związku z powyższym proszę o uzupełnienie stanowiska pracy
dla

(nazwa stanowiska pracy)

.....
(Podpis i pieczętka przedsiębiorcy)

Załączniki:

- świadectwo pracy Pana/Pani*.....
- druk zgłoszenia krajowej oferty pracy.

***niepotrzebne skreślić.**

Informację o konieczności uzupełnienia stanowiska pracy trzeba złożyć w Urzędzie w terminie 7 dni od zwolnienia refundowanego stanowiska pracy.
