



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

.....
pieczęć zakładu pracy

.....
(miejsce i data)

Niniejszym oświadczam, iż Pan/Pani*
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/-a w o numerze PESEL

jest/był/a* zatrudniona w firmie
(nazwa i adres)

NIP

która z przyczyn dotyczących zakładu pracy w wyniku procesów restrukturyzacyjnych polegających na:

.....
 rozwiązała z Panem/Panią umowę o pracę zawartą dnia

wypowiedziała Panu/Pani* umowę o pracę zawartą dnia z-miesięcznym terminem wypowiedzenia i z terminem ustania stosunku pracy w dniu

wypowie Panu/Pani* umowę o pracę zawartą dnia z-miesięcznym terminem wypowiedzenia i z terminem ustania stosunku pracy w dniu **

.....
(Pieczęć pracodawcy, czytelny podpis pracodawcy)

*Niepotrzebne skreślić.

**W przypadku niedotrzymania podanego terminu ustania stosunku pracy lub ponownego zatrudnienia zwolnionego pracownika w terminie krótszym niż 6 miesięcy od ustania stosunku pracy wsparcie udzielone pracownikowi będzie stanowiło pomoc publiczną dla pracodawcy podpisującego oświadczenie w wysokości stanowiącej równowartość wsparcia udzielonego pracownikowi uczestniczącemu w projekcie (zgodnie z obowiązującymi wytycznymi Instytucji Zarządzającej oraz przepisami prawa).

Biuro projektu

ul. Hetmańska 40A, 35-045 Rzeszów, tel. 17 77 88 270, faks 17 77 88 273, www.aci.innpuls.pl, e-mail: aci@innpuls.pl