**Załącznik nr 10**

**Oświadczenie**

(Informacja dotyczy pracodawcy/pracownika objętego kształceniem ustawicznym. W przypadku wnioskowania o większą liczbę osób niż 1, należy powielić i wypełnić odpowiednią liczbę informacji)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.****1.** | **Imię i nazwisko** |  |
|  | **Data urodzenia** (dotyczy osób, które wpisują się w Priorytet nr 10) |  |
|  | **Zajmowane stanowisko** **i rodzaj wykonywanych prac** |  |
| **Forma zatrudnienia** *(nie dotyczy Pracodawcy)* | **Umowa** \*: 🗌 o pracę 🗌 powołania 🗌wyboru 🗌mianowania 🗌 spółdzielcza umowa o pracę |
| **Wymiar czasu pracy***(nie dotyczy Pracodawcy)* |  |
| **Okres obowiązywania umowy***(nie dotyczy Pracodawcy)* | **od ………………..** **do ………………….** | **od …………………..…****- umowa na czas nieokreślony** |
| **Miejsce zatrudnienia pracownika** | Kod pocztowy: ………………… Województwo: …………………………Powiat: ………………………… Gmina: …………………………………Miejscowość: …………………… Ulica: …………………………………Nr domu: …………………… Nr lokalu: …………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.****2.** | **Imię i nazwisko** |  |
|  | **Data urodzenia** (dotyczy osób, które wpisują się w Priorytet nr 10) |  |
|  | **Zajmowane stanowisko** **i rodzaj wykonywanych prac** |  |
| **Forma zatrudnienia** *(nie dotyczy Pracodawcy)* | **Umowa** \*: 🗌 o pracę 🗌 powołania 🗌wyboru 🗌mianowania 🗌 spółdzielcza umowa o pracę |
| **Wymiar czasu pracy***(nie dotyczy Pracodawcy)* |  |
| **Okres obowiązywania umowy***(nie dotyczy Pracodawcy)* | **od ………………..** **do ………………….** | **od …………………..…****- umowa na czas nieokreślony** |
| **Miejsce zatrudnienia pracownika** | Kod pocztowy: ………………… Województwo: …………………………Powiat: ………………………… Gmina: …………………………………Miejscowość: …………………… Ulica: …………………………………Nr domu: …………………… Nr lokalu: …………………………… |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* zaznaczyć właściwe: „x”

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 2025 r., poz. 383) oświadczam, że informacje zawarte w dokumencie są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

............................ ...............................................................

 *( data) (imię i nazwisko pracodawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania pracodawcy)*