

OŚWIADCZENIE – PRACODAWCA

w ramach projektu „Czas na zmiany II – aktywizacja zawodowa mieszkańców obszaru rewitalizacji miasta Łodzi”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Poddziałanie VIII.2.2. *Wsparcie aktywności zawodowej osób po 29 roku życia-miasto Łódź*

Dane Stażysty (imię, nazwisko, PESEL, miejsce zamieszkania):

Dane Opiekuna (imię, nazwisko, stanowisko, wykształcenie):

Oświadczam, iż w okresie stażu (tj. od do) zrealizowanego przez Pana/-ią, w (NIP:; branża:), do funkcji Opiekuna Stażysty oddelegowany/-a został/-a (forma i wymiar zatrudnienia:). W związku z pełnioną rolą łączna wartość części wynagrodzenia/dodatku do wynagrodzenia wypłaconego w ramach obowiązków projektowych Opiekuna Stażysty wyniosła zł, tj. zł/m-c.

Ponadto potwierdzam zapłatę wszystkich składników wynagrodzenia pracownika wyznaczonego na Opiekuna Stażysty oraz oświadczam, iż wypełnił on wszystkie funkcje wynikające z zakresu obowiązków Opiekuna Stażysty.

.....
(podpis Organizatora stażu)