…………………………………. ………………………………

 Pieczątka firmowa pracodawcy Miejscowość, data

**GWARANCJA ZATRUDNIENIA**

 Oświadczam, że po ukończeniu przez Pana/Panią ………...………..……………….………

szkolenia …………………………………………………………………………………..…………..

………………………………………………………………………………………………………...

gwarantuję zatrudnienie w mojej firmie na okres co najmniej 3 miesięcy.

**I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego**

**1.Czy pracodawca w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie:**

** Tak  Nie**

**2. Nazwa pracodawcy:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**3. Nr NIP:** ……………………………………………………………

**4. Nr statystyczny pracodawcy REGON:**……………………………………………….

 **5. Podstawowy rodzaj działalności w/g P K D:**…………………………………………….

 **6. Adres pracodawcy:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

**7. Forma prawna prowadzonej działalności:**

**** Spółka ( np. S.A., sp. z o.o., s. c.)

 Przedsiębiorstwo państwowe

 Spółdzielnia

 Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

 Inna (jaka?)…………………………

 **8. Forma własności:**

 Prywatna  Publiczna

**9. Osoba reprezentująca pracodawcę, wskazana do kontaktów:**

**Nazwisko i imię:**………………………………………… ……………………………………………

**Telefon:**……………………………………………….…………………………………………………

**e-mail:**……………………………………………………………………………………………………

**10. Liczba pracowników obecnie zatrudnionych:**……………………………………………….

**11.Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej?**

** Tak  Nie**

**Zatrudnienie winno nastąpić bezpośrednio, nie później niż do 30 dni od zakończeniu szkolenia.**

**Bezpośrednio po zakończeniu szkolenia osobie bezrobotnej zostanie wydane skierowanie do pracy do pracodawcy wystawiającego gwarancję zatrudnienia.**

|  |
| --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE OFEROWANEGO STANOWISKA PRACY DLA BEZROBOTNEGO PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA**
 |
| Nazwa stanowiska |  |
| Liczba miejsc pracy |  |
| Rodzaj wykonywanej pracy |  |
| Wymiar czasu pracy iforma zatrudnienia  |  | Proponowane wynagrodzenie |  |
| Miejsce wykonywania pracy |  |
| Dni tygodnia i godziny pracy  | OD: | DO: |
| Charakter pracy - w tym: | TAK | NIE |
| praca w systemie zmianowym |  |  |
| praca szkodliwa lub uciążliwa dla zdrowia |  |  |
| praca w niedziele i święta |  |  |
| praca w porze nocnej |  |  |

 ……………..…………………………………….

 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy lub właściciela firmy

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Opolu ul. mjr Hubala 21, 45-266 Opole. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z art. 99; ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U.2025.620 t.j. ze zm.). Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej http://opole.praca.gov.pl/ lub w siedzibie Administratora)*