pieczęć Pracodawcy: …

Dodatkowe informacje dotyczące uczestników

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer porządkowy uczestnika  (numer zgodny z podanym we wniosku w Sekcji IV pkt. 1) | Imię i nazwisko uczestnika | Nr PESEL | Wymiar czasu pracy | Zajmowane stanowisko | Planuje się dalsze zatrudnienia po zakończeniu wsparcia  (tak/nie) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |

miejscowość: …, data: Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

podpis Pracodawcy lub osoby reprezentującej Pracodawcę Wybierz element.