



.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka Pracodawcy)

Powiatowy Urząd Pracy w Kwidzynie

Potwierdzam, że niżej wymienione osoby zatrudnione na stanowiskach utworzonych z udziałem refundacji kosztów poniesionych na wyposażenie stanowiska dla skierowanego niepełnosprawnego, ze środków PFRON,

zgodnie z umową z dnia, nr, na dzień pozostają w zatrudnieniu:

Lp.	Nazwisko i imię osoby zatrudnionej	Adres osoby zatrudnionej	Uwagi (data zwolnienia pracownika, inne)

Jednocześnie oświadczam, że przestrzegane są wszystkie warunki umowy.

Prawdziwość powyższego oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego:

„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznając nieprawdę lub zatajając prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

.....
(podpis i pieczętka Pracodawcy
lub osoby upoważnionej)