……………………………………..

(pieczęć jednostki)

**ZAŚWIADCZENIE Z JEDNOSTKI POTWIERDZAJĄCEJ NABYCIE WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI LUB WYDAJĄCEJ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY NABYCIE WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI**

/wypełnia jednostka/

1. Nazwisko i imię kandydata: ….........................................................................................
2. Adres zamieszkania .…………........................................................................................
3. Data urodzenia ………………………. miejsce urodzenia ……………………………..….
4. PESEL ........................................, nr telefonu kontaktowego...........................................
5. Pełna nazwa potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności: ……………………………………………………………………………………………………

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

1. Nazwa i adres jednostki potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności:

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

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

1. NIP ………………………………….REGON …………….………
2. Wymagania stawiane kandydatom

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

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

1. Czy kandydat został zakwalifikowany …………………………………..…………………..
2. Rodzaj dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności (należy dołączyć wzór): …………………………………………………………………………………

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

1. Termin potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności (dzień-miesiąc-rok): …………………………………………………………………………………………………
2. Koszt ………………………………………….…………zł.
3. Termin płatności (nie wcześniej niż 30 dni od dnia złożenia wniosku)
4. Numer rachunku bankowego organizatora: ………………………………………………
5. Tytuł przelewu: ……………………………………………………………………………….
6. Potwierdzeniem dokonania zapłaty będzie faktura wystawiona i przesłana przez organizatora potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub jednostki wydającej dokument potwierdzający nabycie wiedzy i umiejętności (w terminie 7 dni od daty wpływu środków na konto):

Nazwa i adres wystawcy faktury: ……………………………………………………………

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

NIP ………………………………REGON ……………

Jako Płatnika prosimy wskazać: Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach,

ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, NIP: 681-169-20-29

1. Osoba/y upoważniona/e do udzielania informacji oraz nr telefonu …………….…………………………………………………………………………………….

Zaświadczenie wydaje się dla Powiatowego Urzędu Pracy w Myślenicach.

…………………………………………………………….….

Data, podpis i pieczątka przedstawiciela jednostki