

کارفرمایی - گواهینامه مهارت

بسمه تعالی

رئیس محترم اداره آموزشگاه های آزاد و مشارکت های مردمی استان اصفهان

احتراماً به استحضار می رساند اینجانب مهارت آموخته حرفه به شماره همراه و آدرس محل کسب با مطالعه کامل و دقیق قوانین مرتبط با تسهیلات قانون بودجه سال 1404 که در سایت اداره کل آموزش فنی و حرفه ای استان اصفهان بارگذاری شده است، به ازای استخدام نفر نیروی جدید و ثبت نام ایشان در لیست بیمه تامین اجتماعی آموزشگاه و تجهیز کارگاه آموزشی متقاضی دریافت ریال (به ازای هر نفر 2000 میلیون ریال) جز (2-7) تبصره (15) قانون بودجه سال 1404 می باشم و درخواست خود را در سامانه tek.mcls.gov.ir نیز ثبت می نمایم و متعهد می گردم:

- دارای کارت پایان خدمت می باشم. (مخصوص متقاضیان آقا)
- استخدام دستگاه های دولتی، نهادها و نیروهای مسلح نمی باشم.
- دارای مجوز فعالیت مرتبط با عنوان طرح درخواستی می باشم.
- فاقد چک برگشتی و بدهی معوق بانکی و مالیاتی می باشم.
- کل وجوه دریافتی را صرفاً در چارچوب موضوع تسهیلات قانون بودجه 1404 ، مطابق طرح ارائه شده به بانک عامل، در محل اجرای طرح هزینه می نمایم
- ضمن حفظ نیروهای موجود، در خصوص بکارگیری اشتغال تعهد شده تا زمان اتمام بازپرداخت تسهیلات مطابق قوانین کار و تامین اجتماعی و مقررات قانونی جاری کشور اقدام می نمایم.
- در صورت تغییر آدرس محل اجرای طرح، حداکثر ظرف مدت یک هفته از جابجایی مراتب را کتباً به بانک عامل، دستگاه اجرایی مربوطه و اداره تعاون کار و رفاه اجتماعی شهرستان اعلام نمایم.
- به موجب همین سند با دستگاه های اجرایی ذیربط (از جمله اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان، اداره کل آموزش فنی و حرفه ای استان ، بانک عامل و سایر دستگاه های نظارتی) در روند نظارت بر فرآیند اجرای تعهدات، مطالبه مدارک و مستندات لازم و بازدید از محل اجرای پروژه همکاری لازم به عمل می آورم.

تاریخ درخواست

نام و نام خانوادگی مهارت آموخته

امضا و اثر انگشت