

З А Я В Л Е Н И Е
об участии в отборе работодателей, подлежащих включению
в государственную программу Магаданской области
«Повышение мобильности трудовых ресурсов»

Работодатель _____
 (полное и сокращенное наименование организации с указанием

_____ (организационно-правовой формы или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

Почтовый и юридический адрес _____

ИНН / ОГРН _____

Уполномоченное лицо:

Должность _____

Ф.И.О. _____

Телефон _____ факс _____ E-mail _____

Прошу рассмотреть вопрос о включении в государственную программу Магаданской области «Повышение мобильности трудовых ресурсов» с целью привлечения работников из субъектов Российской Федерации, не включенных в Перечень субъектов Российской Федерации, привлечение трудовых ресурсов в которые является приоритетным.

Планируемое количество привлекаемых квалифицированных специалистов из субъектов Российской Федерации, не включенных в Перечень, _____ чел.

Состав и объем мер поддержки, предполагаемых для оказания работнику (-ам), привлекаемым из субъекта Российской Федерации:

Настоящим подтверждаю и гарантирую, что на дату подачи настоящего заявления:

1) иностранным юридическим лицом, а также российским юридическим лицом, в уставном (складочном) капитале которого доля участия иностранных юридических лиц, местом регистрации которых является государство или территория, включенные в утверждаемый Министерством финансов Российской Федерации перечень государств и территорий, предоставляющих льготный налоговый режим налогообложения и (или) не предусматривающих раскрытия и представления

информации при проведении финансовых операций (офшорные зоны) в отношении таких юридических лиц, в совокупности превышает 50 процентов, не являюсь. (для юридических лиц).

2) просроченная задолженность по возврату в бюджет Магаданской области субсидий, бюджетных инвестиций и иная просроченная задолженность перед бюджетом Магаданской области отсутствует.

3) задолженность по заработной плате отсутствует.

Вся представленная информация для участия в отборе достоверна.

С Порядком и критериями отбора работодателей, подлежащих включению в государственную программу Магаданской области «Повышение мобильности трудовых ресурсов», и исключения работодателей из нее, ознакомлен(а) _____

Приложение:

1. _____
2. _____

(должность.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

« ___ » _____ 20 ___ г.
