

/Место за штембил/

До

**ЗАЕДНИЦА НА ЗАШТИТНИ ДРУШТВА  
НА МАКЕДОНИЈА ЗАПОВИМ - Скопје**  
Булевар Кузман Јосифовски - Питу бр.19  
Т.Ц. Скопјанка, нас.Аеродром 1000 СКОПЈЕ;  
☎ 02 / 3 229-013; 02 / 3 212-451

**ПРЕДМЕТ:** Барање за издавање на потврда  
за број и структура на вработени  
во заштитно друштво за ослободување  
од персонален данок и придонеси од плата

Ве молиме да ни издадете потврда за бројот и структурата на вработени во

\_\_\_\_\_ со состојба за месец \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ година.

/назив на фирмата/

Истата ќе ни послужи за регулирање на правата согласно член 7, 9 и 10 од Законот за вработување на инвалидни лица ("Службен весник на РМ" бр.44/2000, 16/2004, 62/2005, 113/2005, 29/2007, 88/2008, 161/2008, 99/2009, 136/2011, 129/2015, 147/2015, 27/2016, 99/2018 и "Службен весник на РСМ" бр.103/2021).

**Претходен број на вработени:**

инвалидни лица од чл.2 ст.1..... \_\_\_\_\_

инвалиди на трудот..... \_\_\_\_\_

**Вкупно инвалидни лица..... \_\_\_\_\_**

неинвалидни лица..... \_\_\_\_\_

**ВКУПНО вработени..... \_\_\_\_\_**

**Нововработени лица:**

инвалидни лица од чл.2 ст.1..... \_\_\_\_\_

инвалиди на трудот..... \_\_\_\_\_

**Вкупно новов.инв.лица..... \_\_\_\_\_**

неинвалидни лица..... \_\_\_\_\_

**ВКУПНО нововработени..... \_\_\_\_\_**

**Нова состојба со број на вработени:**

инвалидни лица од чл.2 ст.1..... \_\_\_\_\_

инвалиди на трудот..... \_\_\_\_\_

**Вкупно инвалидни лица..... \_\_\_\_\_**

неинвалидни лица..... \_\_\_\_\_

**ВКУПНО вработени..... \_\_\_\_\_**

**Одјавени лица:**

инвалидни лица од чл.2 ст.1..... \_\_\_\_\_

инвалиди на трудот..... \_\_\_\_\_

**Вкупно одјав. инв. лица..... \_\_\_\_\_**

неинвалидни лица..... \_\_\_\_\_

**ВКУПНО одјавени..... \_\_\_\_\_**

**На породилно отсуство:**

инвалидни лица од чл.2 ст.1..... \_\_\_\_\_

инвалиди на трудот..... \_\_\_\_\_

**Вкупно инвалидни лица..... \_\_\_\_\_**

неинвалидни лица..... \_\_\_\_\_

**ВКУПНО..... \_\_\_\_\_**

**Во прилог Ви доставуваме:**

1. Список на нововработените / одјавените инвалидни лица од член 2 став 1 од Законот, со матичен број, број на наод и мислење и датум на вработување, односно датум на престанок на работен однос;
2. Список на нововработените / одјавените инвалиди на трудот, со матичен број, број на наод и мислење или решение и датум на вработување, односно на престанок на работен однос;
3. Список на нововработените / одјавените неинвалидни лица со матичен број и датум на вработување, односно на престанок на работен однос;
4. Пречистени нови списоци на вработените инвалидни лица од член 2 став 1 од Законот, инвалидите на трудот и неинвалидните лица согласно моментната состојба со матични броеви;
5. Заверени Обрасци М1/М2 за нововработените / одјавените лица;
6. Договори за вработување за нововработените лица;
7. Документ за утврдена инвалидност согласно член 2 од Законот, издаден од надлежен орган, за секое нововработено инвалидно лице поодделно;
8. Наод и мислење за определување на работи кои може да ги извршува инвалидното лице на соодветното работно место од Комисијата при Министерството за труд и социјална политика, поодделно за секое нововработено инвалидно лице од член 2 став 1 од Законот.

**НАПОМЕНА:** Документацијата во прилог на барањето се доставува во фотокопија, а за веродостојноста со оригиналите одговара управителот на фирмата.

Контакт телефон: \_\_\_\_\_

Лице за контакт: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

**УПРАВИТЕЛ,**

М.П.

\_\_\_\_\_  
/име, презиме и потпис/