

/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 и 99/2018).

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. Уверение односно свидетелство за завршено образование или работно оспособување за секое нововработено инвалидно лице поодделно;

9. 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.

/ _____ /