

за невработени  
инвалидни лица

ДО  
УПРАВНИОТ ОДБОР НА  
АГЕНЦИЈАТА ЗА ВРАБОТУВАЊЕ  
НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА  
СКОПЈЕ

ПРЕКУ:  
ЦЕНТАРОТ ЗА ВРАБОТУВАЊЕ

## Б А Р А Њ Е

за доделување средства од Посебниот фонд  
за работно оспособување на *невработени инвалидни лица*  
(го пополнува работодавецот)

### 1. Основни податоци за работодавецот (задолжително да се пополни сите позиции)

- Полн назив на правното лице \_\_\_\_\_;
- Лице за контакт \_\_\_\_\_;
- Основач \_\_\_\_\_;
- Управител \_\_\_\_\_;
- Адреса \_\_\_\_\_;
- Телефон-факс \_\_\_\_\_;
- Датум на прва регистрација и пререгистрација \_\_\_\_\_;
- Датум на отпочнување на вршење на дејност \_\_\_\_\_;
- Број на деловниот субјект (БДС) \_\_\_\_\_;
- Шифра на дејност и гранка \_\_\_\_\_;  
(описно да се наведе шифрата на дејност) \_\_\_\_\_;
- Жиро сметка \_\_\_\_\_;
- Даночен број \_\_\_\_\_;
- Банка депонент \_\_\_\_\_;
- Дали редовно исплатува плата во последните три месеци \_\_\_\_\_;
- Бонитет (заокружи)            а) позитивен            б) негативен

- Број на вкупно вработени лица на неопределено време на денот на поднесување на барањето \_\_\_\_\_;

**2. Опис на работно место за кое се врши работното оспособување:**

---

---

---

---

**3. Број на инвалидни лица вклучени во работното оспособување \_\_\_\_\_**

<i>Име и презиме</i>	<i>Единствен матичен број на граѓанинот</i>	<i>Степен на стручна подготовка</i>
----------------------	---	-------------------------------------

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**4. Каде ќе се изведува работното оспособување:**

---

---

**5. Обучувачки кадар (инструктори):**

<i>Име и презиме</i>	<i>Степен на стручна подготовка и квалификации</i>
----------------------	--

---

---

---

---

**6. Дали работодавецот има претходно реализирана Програма за работно оспособување**

да

не

Датум и место

---

---

Работодавец

---