

**Инвалидно лице кое
самостојно врши дејност
како трговец поединец**

ДО
УПРАВНИОТ ОДБОР НА
АГЕНЦИЈАТА ЗА ВРАБОТУВАЊЕ НА
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА
СКОПЈЕ

ПРЕКУ:
ЦЕНТАР ЗА ВРАБОТУВАЊЕ

Б А Р А Њ Е

за доделување неповратни средства од Посебниот фонд по основ
адаптација на работно место
(го пополнува вршителот на дејноста)

1. Основни податоци за инвалидното лице кое самостојно врши дејност како трговец поединец (задолжително да се пополнат сите позиции)

- Назив на вршителот на дејност како трговец поединец _____

- Лице за контакт _____;
- Сопственик _____;
- Адреса на седиштето на фирмата _____;
- Адреса на деловниот објект на фирмата _____;
- Телефон-Факс _____;
- Датум на отпочнување на вршењето на дејноста _____;
- Број на деловниот субјект (БДС) _____;
- Шифра на дејност (број и опис) _____
_____;
- Стварна дејност _____;
- Единствен даночен број _____;
- Жиро сметка _____;
- Банка депонент _____;

- Дали исплатил плата за последниот месец пред поднесување на барањето _____;
- Број на вкупно вработени лица на неопределено време на денот на поднесување на барањето _____;
- Број на вкупно вработени инвалидни лица од член 2 став 1 од Законот на неопределено време на денот на влегување во сила на Законот за вработување на инвалидни лица (10.06.2000 година), а за подоцна регистрираните вршители на дејност како трговец поединец од денот на почетокот на деловната активност _____.
- Број на инвалидни лица од член 2 став 1 од Законот за кои се користени средства од Посебниот фонд од денот на влегувањето во сила на Законот за вработување на инвалидни лица (10.06.2000 година), а за подоцна регистрираните вршители на дејност како трговец поединец од денот на почетокот на деловната активност _____.

2. Средствата од Посебниот фонд да се доделат за:

а. Опис на предметот на адаптацијата и начинот на кој ќе се врши.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

б. Износ на средствата потребни за адаптацијата на работно место: _____ денари;

Датум и место

Работодавец
