

Национална служба за запошљавање/  
Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање

\_\_\_\_\_  
Број/датум

\_\_\_\_\_  
Место

**ЗАХТЕВ ЗА ПРОЦЕНУ РАДНЕ СПОСОБНОСТИ  
И МОГУЋНОСТИ ЗАПОСЛЕЊА ИЛИ ОДРЖАЊА ЗАПОСЛЕЊА**

Подноси: \_\_\_\_\_  
(име, име једног родитеља и презиме)

Адреса: \_\_\_\_\_  
(град, улица и број места пребивалишта)

ЈМБГ: \_\_\_\_\_ Број личне карте: \_\_\_\_\_

Статус особе са инвалидитетом: ДА НЕ

Лице у радном односу: ДА НЕ

Назив и седиште послодавца код кога је у радном односу:

\_\_\_\_\_

Врста послова: \_\_\_\_\_

Занимање: \_\_\_\_\_

Контакт телефон: \_\_\_\_\_

Датум  
\_\_\_\_\_

Подносилац захтева  
\_\_\_\_\_

Прилог: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.