

Послодавац:
 Назив _____
 Седиште и адреса _____
 ПИБ _____
 Матични број _____
 Шифра делатности _____

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
 НАЦИОНАЛНА СЛУЖБА ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ
 Филијала _____
 Потврда о пријему: _____

**ОБАВЕШТЕЊЕ
 О ЗАСНИВАЊУ/ПРЕСТАНКУ РАДНОГ ОДНОСА СА ЛИЦИМА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ**

Ред. бр.	Име и презиме	ЈМБГ	Године старости	Дужина чекања на евиденцији	Заснивање радног односа		Престанак радног односа	
					Датум закључења уговора о раду	Датум ступања на рад	Датум	Основ
1	2	3	4	5	6	7	8	9

У _____ дана _____ 20__ год.

Да су исказани подаци у овом обрасцу тачни, тврди и оверава:

Образац у Националној служби контролисао:

ОБРАЗАЦ ПОПУНИО _____ (м.п.) _____ ОДГОВОРНО ЛИЦЕ ПОСЛОДАВЦА
