

**ЗАХТЕВ
ЗА ПРОВЕРУ ИСПУЊЕНОСТИ УСЛОВА ЗА ИЗВОЂЕЊЕ
УЧЕЊА КРОЗ РАД КОД ПОСЛОДАВЦА
ЗА ОБРАЗОВНИ ПРОФИЛ**

Назив послодавца или сваког послодавца члана Алијансе	
Законски заступник послодавца или сваког послодавца члана Алијансе	
Адреса седишта послодавца или сваког послодавца члана Алијансе	
Контакт особа послодавца или сваког послодавца члана Алијансе	
Име и презиме	
Радно место	
Адреса електронске поште	
Мобилни телефон	
Фиксни телефон	

Учење кроз рад ће се обављати на следећој/им локацији/ама:

Град/општина	Улица и број
а.	

У прилогу Захтева достављам следећу документацију (означити са X):

Ред. бр.	ДОКУМЕНТА:	ДА	НЕ
1.	Предлог израђеног програма реализације учења кроз рад		
2.	Оригинал потписана изјава којом послодавац потврђује да испуњава све услове за обезбеђивање мера безбедности и здравља на раду у складу са законом		
3.	Доказ да послодавац није кажњаван за прекршај прописан законом којим се уређује спречавање злостављања на раду и прописима који уређују област безбедности и здравља на раду, као и да није кажњаван за кривично дело злостављања у смислу кривичног законика		
4.	Закључен предуговор о дуалном образовању		

Захтев се подноси електронским путем, а документација се доставља у штампаном облику лично или препорученом поштом или у форми електронског документа потписаног квалификованим електронским потписом.

У _____,

Датум

(име и презиме, функција законског заступника
послодавца)

(својеручни потпис законског заступника послодавца)