Образац ОНСЗ-И

Послодавац:

Назив _____

Седиште и адреса _____

ПИБ _____

Матични број _____

Шифра делатности _____

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
НАЦИОНАЛНА СЛУЖБА ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ

Филијала _____

Потврда о пријему: _____

О Б А В Е Ш Т Е Њ Е
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 ____ . године

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

ОБРАЗАЦ ПОПУНИО

_____

М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ ПОСЛОДАВЦА

_____

Образац у Националној служби контролисао:

_____