

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:

_____.