

ЗАХТЕВ ЗА УЧЕШЋЕ У ПРОГРАМУ - СТРУЧНА ПРАКСА

Назив послодавца

Матични број једин. рег.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Шифра делатности:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Место :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(шифра општине)

Адреса:

Текући рачун:

Лице за контакт:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Телефон:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

код:

Телефакс:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Матични број банке:

E-mail адреса:

Број запослених у месецу који претходи месецу
подношења захтева:

➤ Број тражених лица

➤ Број тражених лица са инвалидитетом

➤ Назив Закона/Правилника којим су дефинисани начин и услови за стручно оспособљавање, односно за полагање испита (уколико постоји законом утврђена обавеза)

Назив радног места/посла		Захтевано занимање-стручна спрема (назив/шифра)	Трајање стручне праксе	Број лица	Број лица са инвалидитетом	Додатни захтеви за селекцију кандидата / уколико постоје / (посебни услови рада, посебна знања и вештине и сл.)		
1.								
2.								

М.П.

(Место и датум)

Директор
(овлашћено лице)