



НАЦИОНАЛНА СЛУЖБА
ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ

Филијала _____
Број: _____
Датум: _____

Послодавац _____
Број: _____
Датум: _____

ЗАХТЕВ ЗА УЧЕШЋЕ У ПРОГРАМУ - СТРУЧНА ПРАКСА

Назив послодавца _____

Матични број једин. рег.: _____

Шифра делатности: _____

Место : _____
(шифра општине)

Адреса: _____

Лице за контакт: _____

Текући рачун: _____

код: _____

Телефон: _____

Матични број банке: _____

Телефакс: _____

Број запослених у месецу који претходи месецу
подношења захтева: _____

E-mail адреса: _____

- Број тражених лица _____
- Број тражених лица са инвалидитетом _____
- Назив Закона/Правилника којим су дефинисани начин и услови за стручно оспособљавање, односно за полагање испита _____

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)