

НСЗ Филијала Пећинци  
Број: \_\_\_\_\_  
Датум: \_\_\_\_\_

Послодавац \_\_\_\_\_  
Број: \_\_\_\_\_  
Датум: \_\_\_\_\_

**Захтев за учешће у реализацији мере активне политике запошљавања -оспособљавање за самосталан рад у струци и стицање стручна пракса у општини Пећинци у 2012“**

Назив послодавца

\_\_\_\_\_

Место : \_\_\_\_\_

Адреса:

\_\_\_\_\_

Лице за контакт:

\_\_\_\_\_

Телефон:

Телефакс:

Е-mail адреса:

Матични број једин. рег.:

Шифра делатности:

Текући рачун:

код: \_\_\_\_\_

Матични број банке: \_\_\_\_\_

Број запослених у месецу који претходи месецу подношења захтева: \_\_\_\_\_

	Назив радног места/посла	Захтевано занимање-стручна спрема (назив/шифра)	Трајање стручне праксе	Број лица
1				
2				
3				
4				

**М.П.**

\_\_\_\_\_ (Место и датум)

\_\_\_\_\_ Директор  
(овлашћено лице)