

Evidencia občanov so zdravotným postihnutím za rok

Zamestnávateľ: Názov _____

Adresa _____

IČO _____

P. č.	Meno, priezvisko, titul zamestnanca	Trvanie invalidity	% miera poklesu	Trvanie PP od	Trvanie PP do

Vypracoval: _____ Podpis: _____

Dňa: _____

Tel. kontakt: _____ e-mail: _____

Pečiatka a podpis štatutárneho zástupcu
zamestnávateľa