

**SEZNAM ZAPOSLENIH INVALIDOV V INVALIDSKEM PODJETJU NA  
ZADNJI DAN V MESECU**

Mesec / leto			/				
--------------	--	--	---	--	--	--	--

Naziv delodajalca	
Sedež	

Davčna številka														
Matična številka PRS														
Transakcijski račun								-						

Odgovorna oseba	
Tel:	e-mail:

Kontaktna oseba	
Tel:	e-mail:

Abecedni seznam zaposlenih invalidov po številu ur dela na dan

Zap. št.	Priimek	Ime	EMŠO	Davčna številka	Delovni čas (ure/dan)	Stopnja I., II., III.

**IZJAVA**

Izjavljamo, da so navedeni podatki resnični in da razpolagamo z vso dokumentacijo, ki potrjuje točnost podatkov iz seznama zaposlenih invalidov.

Zaveujemo se, da bomo vsa neopravičeno pridobljena sredstva na podlagi te vloge vrnili skupaj z zakonitimi zamudnimi obrestmi.

Kraj in datum:

Žig

Podpis odgovorne osebe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_