

**СВЕДЕНИЯ  
О НАЛИЧИИ ВАКАНТНЫХ РАБОЧИХ МЕСТ (ДОЛЖНОСТЕЙ)  
В СЧЕТ УСТАНОВЛЕННОЙ КВОТЫ ДЛЯ ПРИЕМА НА РАБОТУ ИНВАЛИДОВ**

**Наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя** (нужное подчеркнуть)

**Юридический адрес** \_\_\_\_\_

**Адрес индивидуального предпринимателя** \_\_\_\_\_

**Адрес** (место нахождения) \_\_\_\_\_

**Номер контактного телефона** \_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество представителя работодателя** \_\_\_\_\_

**Проезд** (вид транспорта, название остановки) \_\_\_\_\_

**Организационно-правовая форма юридического лица** \_\_\_\_\_

**Форма собственности:** государственная, муниципальная, частная, общественные объединения или организации (нужное подчеркнуть)

**Вид экономической деятельности** (по ОКВЭД) \_\_\_\_\_

**Социальные гарантии работникам:** медицинское обслуживание, санаторно-курортное обеспечение, обеспечение детскими дошкольными учреждениями, условия для приема пищи во время перерыва (нужное подчеркнуть)

**Иные условия** \_\_\_\_\_

Наименование профессии (специальности), должности	Квалификация	Необходимое количество работников	Характер работы постоянная, временная, по совместительству, сезонная, надомная	Заработная плата (доход)	Режим работы			Профессионально-квалификационные требования, образование, дополнительные навыки, опыт работы	Дополнительные пожелания к кандидатуре работника	Предоставление дополнительных социальных гарантий работнику
					нормальная продолжительность рабочего времени, ненормированный рабочий день, работа в режиме гибкого рабочего времени, сокращенная продолжительность рабочего времени, сменная работа, вахтовым методом	начало работы	окончание работы			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Работодатель (его представитель) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата

М.П.