

Образац ИОСИ

Послодавац Назив/име и презиме:			

Место: _____			
Улица и број: _____			
ПИБ/ЈМБГ:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Матични број:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Шифра делатности:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Буџетски корисник:			
Директни	<input type="text"/>	Индијектни	<input type="text"/>



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
МИНИСТАРСТВО ФИНАНСИЈА
ПОРЕСКА УПРАВА

Филијала:

Датум пријема:

ИЗВЕШТАЈ
О ИЗВРШЕЊУ ОБАВЕЗЕ ЗАПОШЉАВАЊА ОСОБА СА
ИНВАЛИДИТЕТОМ

за месец _____ 20__ . године

I Подаци о броју запослених особа са инвалидитетом:

1.1. Укупан број запослених

1.2. Обавезан број запослених особа са инвалидитетом

II Начин извршења обавезе запошљавања особа са инвалидитетом:

1.1. Укупан број запослених особа са инвалидитетом

--	--	--	--	--	--

1.2. Учешће у финансирању зарада особа са инвалидитетом у предузећу за професионалну рехабилитацију или социјалном предузећу и организацији на рачун Буџетског фонда:

Број особа са инвалидитетом чије се зараде финансирају	Износ (без децимала у динарима)									

1.3. Извршење финансијске обавезе из уговора о пословно техничкој сарадњи, куповини производа или вршењу услуга са предузећем за професионалну рехабилитацију и запошљавање особа са инвалидитетом:

Број особа са инвалидитетом	Износ (без децимала у динарима)										Број и датум уговора	

1.4. Уплата пенала у Буџетски фонд за професионалну рехабилитацију и запошљавање особа са инвалидитетом извршена:

Број особа са инвалидитетом	Износ (без децимала у динарима)										Датум уплате пенала	

У _____ дана _____ 20__ . године.

ОБРАЗАЦ ПОПУНИО

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

(М.П)