

**PROGRAM SUFINANSIRANJA ZAPOŠLJAVANJA DOKTORA MEDICINE
„VAUČER ZA POSAO“**

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Završena škola/fakultet: _____

Zanimanje: _____

Telefon/email: _____

Radno iskustvo (ukratko opisati svoje radno iskustvo): _____

(potpis nezaposlene osobe)

Naziv poslodavca: _____

Sjedište: _____

Telefon/email: _____

Ovlaštena osoba: _____

M.P.

(potpis ovlaštene osobe)

(Podnosilac zahtjeva)

**Javna ustanova «Služba za zapošljavanje Kantona Sarajevo» Sarajevo
Ul. Đoke Mazalića br. 3
71000 Sarajevo**

APLIKACIJA ZA POSLODAVCA
za učešće u Programu sufinansiranja zapošljavanja doktora medicine

1. PODACI O PODNOSIOCU ZAHTJEVA

- Naziv, sjedište i adresa _____

- tel/fax/e-mail i kontakt osoba _____

- šifra/vrsta djelatnosti _____

- identifikacioni broj _____

- ovlaštena osoba _____

- vlasništvo _____

- broj, datum i mjesto registracije _____

- e-mail _____

- broj zaposlenih na dan podnošenja aplikacije _____

2. Broj nezaposlenih osoba koje se planiraju zaposliti po programu _____

MP

(potpis ovlaštene osobe)

(Podnosilac zahtjeva)

PRIJAVA
potreba za doktorima medicine sa evidencije
nezaposlenih

Redni broj	Opis poslova koje će obavljati sufinansirana osoba	Broj osoba	Stepen obrazovanja	Zanimanje	Mjesečna neto plaća
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

(mjesto i datum)

MP

(potpis ovlaštene osobe)

