

**PROGRAM ZAPOŠLJAVANJA DOKTORA MEDICINE, DOKTORA VETERINE I
DOKTORA STOMATOLOGIJE
„VAUČER ZA POSAO“**

Ime i prezime: _____

Datum i godina rođenja: _____

Adresa: _____

Završen fakultet: _____

Zanimanje: _____

Telefon/email: _____

Radno iskustvo (ukratko opisati svoje radno iskustvo): _____

Pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da su gore dati podaci istiniti, te da svojeručno potpisujem Vaučer za posao.

(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 zapošljavanja doktora medicine, doktora veterine i doktora
stomatologije

1. PODACI O PODNOSIOCU ZAHTEVA

- 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 _____

3. Izjavljujem da poslodavac, podnosilac zahtjeva (obavezno zaokružiti):

a) jeste PDV obveznik

b) nije PDV obveznik

Pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da su gore dati podaci istiniti, te da kao ovlaštena osoba potpisujem aplikaciju.

M.P.

(potpis ovlaštene osobe)

(Podnosilac zahtjeva)

PRIJAVA

potreba za doktorima medicine, doktorima veterine i doktorima stomatologije 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)

(potpis ovlaštene osobe)

M.P.