Образац број 9

ЕВИДЕНЦИЈА О ИНВАЛИДИМА РАДА

_____
Назив предузећа

Редни број	Име и презиме радника инвалида	ИНВАЛИДНОСТ		Радно место по решењу инвалидске комисије	Радно место на коме је стекао инвалидност		Радно место на које је радник распоређен
		Категор.	Датум		Назив	Радни стаж	