

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)