ПРИЈАВА ЗА УСАВРШАВАЊЕ ЗНАЊА

ЛИЦА ЗА БЕЗБЕДНОСТ И ЗДРАВЉЕ НА РАДУ

|  |  |
| --- | --- |
| **ПОДАЦИ О ЛИЦУ ЗА БЕЗБЕДНОСТ И ЗДРАВЉЕ НА РАДУ** | |
| Име и презиме |  |
| Адреса пребивалишта/боравишта |  |
| Број уверења о положеном стручном испиту и датум полагања стручног испита |  |
| Врста и степен стручне спреме (односно број ЕСПБ бодова) |  |
| Орган који је издао диплому и датум издавања |  |
| Број телефона |  |
| Е-пошта |  |
| **ПОДАЦИ О ПОСЛОДАВЦУ** | |
| Назив послодавца |  |
| Шифра и назив претежне делатности |  |
| Седиште и адреса послодавца (место, општина, улица и број) |  |
| Назив радног места код послодавца |  |
| Укупан број лица за безбедност и здравље на раду код послодавца |  |
| Укупан број запослених |  |
| Број запослених жена |  |
| Број запослених особа са инвалидитетом |  |
| Број дислоцираних локација и број запослених на тим локацијама |  |
| **НАПОМЕНА:**обавезно је попуњавање свих поља | |