*(pieczątka pracodawcy)*

***Kwartalna informacja dotycząca stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych na utworzonych stanowiskach ze środków PFRON***

*Na podstawie Umowy Nr ……………… z dnia ……………………..*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Imię i nazwisko* | *Nazwa stanowiska pracy* | *PESEL* | *Stopień niepełnosprawności* | *Orzeczenie ważne do:* | *Wymiar czasu pracy* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Oświadczam, że zakupione wyposażenie na utworzone ze środków PFRON stanowisko pracy, znajduje się w firmie.*

*Stan zatrudnienia\* na dzień: ……………………. wynosi……………*

 ………………………………………..

 *data i podpis pracodawcy*

*\*należy podać stan zatrudnienia ogółem (wszystkich osób zatrudnionych) w zakładzie pracy.*