****

IZJAVA O UKUPNOM BROJU ZAPOSLENIH TE O BROJU ZAPOSLENIH OSOBA S INVALIDITETOM

|  |  |
| --- | --- |
| **Podnositelj zahtjeva** |  |
| **Sjedište podnositelja zahtjeva**  |  |

**Napomena**: Kao broj zaposlenih osoba uzima se onaj broj osoba koje je poslodavac imao zaposlene na zadnji dan prethodnoga mjeseca.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ukupan broj zaposlenih** |  |
| **Broj zaposlenih osoba s invaliditetom** |  |

Izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da su podaci navedeni u ovoj Izjavi istiniti, točni i potpuni.

**Mjesto i datum M.P. Za podnositelja**

**(ime i prezime te potpis**

**osobe ovlaštene za zastupanje)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**