Obrazac PP-OBR

**PROCJENA POTREBE OBRAZOVANJA ZAPOSLENE OSOBE S INVALIDITETOM**

(ispunjava poslodavac)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime zaposlene osobe s invaliditetom koja se upućuje na obrazovanje |  |
| OIB |  |
| Datum rođenja |  |
| Završena škola |  |
| Stručna sprema |  |
| Naziv radnog mjesta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vrsta oštećenja (označiti stavljanjem križića) | |
| Oštećenje vida |  |
| Oštećenje sluha |  |
| Oštećenje govorno-glasovne komunikacije |  |
| Oštećenje lokomotornog sustava |  |
| Oštećenje središnjeg živčanoga sustava |  |
| Oštećenje perifernoga živčanog sustava |  |
| Oštećenje drugih organa i organskih sustava  (dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, kože i potkožnog tkiva, urogenitalni) |  |
| Mentalna retardacija |  |
| Autizam |  |
| Duševni poremećaj |  |
| Nešto drugo (navesti) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum zasnivanja radnog odnosa |  |
| Ugovor o radu | |
| Određeno vrijeme | Neodređeno vrijeme |

|  |
| --- |
| Navedite obrazovne programe koje je zaposlenik do sada pohađao |
|  |

|  |
| --- |
| Obrazloženje potrebe obrazovanja |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Po završenom obrazovanju zaposlenik će:  (označiti stavljanjem križića) | |
| Raditi na istom radnom mjestu |  |
| Promijeniti će radno mjesto |  |

|  |
| --- |
| Očekivani rezultati nakon završenog obrazovanja  (označiti stavljanjem križića) |
| Povećana bazična znanja i vještine | |  |
| Dobra znanja i vještine | |  |
| Visoko razvijena znanja i vještine | |  |
| Izuzetna znanja i vještine | |  |
| Naziv programa u koji se osoba upućuje | | | |
|  | | | |
| Naziv i adresa ustanove koja provodi program obrazovanja | | | |
|  | | | |
| Trajanje obrazovnog programa iskazanog u mjesecima | |  | |
| Trajanje obrazovnog programa iskazanog u satima | |  | |
| Datum početka obrazovanja | |  | |
| Datum završetka obrazovanja | |  | |
| Ustanova je u mjestu sjedišta poslodavca ili osobe koja se samozapošljava (da – ne) | |  | |
| Ustanova se nalazi u mjestu različitom od sjedišta poslodavca ili osobe koja se samozapošljava (da – ne) | |  | |
| Broj potrebnih odlazaka | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Osobi s invaliditetom je potreban pratitelj | |
| DA | NE |

|  |
| --- |
| Obrazloženje potrebe pratnje osobi s invaliditetom |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpis  odgovorne osobe |  |