Jmenný seznam osob se zdravotním postižením, na které je příspěvek poskytován

Jméno	Příjmení	Rodné číslo	Datum vzniku pracovního poměru	Pracovní poměr do*
x	x	x	1.12.1993	
y	y	y	1. 7. 1993	
z	z	z	18. 11. 2020	16. 11. 2021

*je-li sjednán pracovní poměr na dobu neurčitou, není vyplněno

Za Úřad práce vyhotovil: xxx

Podpis: