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

Jméno	Příjmení	Rodné číslo	Datum vzniku pracovního poměru	Pracovní poměr do*
xxxxxxx	xxxxx	xxxxx	1.2.2018	31.12.2018
xx	xxxxxx	xxxxxx	1.2.2018	31.12.2018

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

Za Úřad práce vyhotovil: Ing. Jana Staviarská

Podpis: