**Отчет о квотировании рабочих мест для инвалидов**

Директору КГКУ «ЦЗН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

Наименование работодателя/ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический (фактический) адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СВЕДЕНИЯ О КВОТИРУЕМЫХ МЕСТАХ

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.**

 (отчетный месяц) *в единицах*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№п/п** | **Наименование показателя** | **Количество** | **Наименование****документа** |
| **1** | Среднесписочная численность работников за предыдущий месяц *(по форме отчетности в органы государственной статистики)*  |  | Форма № П-4 «Сведения о численности  и заработной плате работников» |
| **2** | Численность работников, условия труда которых отнесены к вредным и (или) опасным условиям труда по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда или результатам специальной оценки условий труда |  | Локальный нормативный акт по результатам проведения аттестации рабочих мест или результатам специальной оценки условий труда №\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*указать наименование документа)* |
| **3** | Среднесписочная численность работников для установления квоты *(строка № 1 минус строка №2)*  |  | ─ |
| **4** | Количество квотируемых рабочих мест в соответствии с законодательством *(строка № 3\* %)* |  | Локальный нормативный акт, содержащий сведения о рабочих местах для инвалидов№\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(указать наименование документа)* |
|  **5** | Занято рабочих мест в счет квоты |  | ─ |

**Список инвалидов, принятых на работу, в отчетном периоде:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Ф.И.О. инвалида** | **Номер, дата приказа о приеме на работу** | **Должность, на которую принят инвалид** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Вакансии в счет квоты:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Профессия (специальность) должность** | **Количество****мест** |
|  |  |
|  |  |

Начальник (инспектор) отдела кадров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И. О.)

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

 (подпись) (Ф. И. О.)

**М.П.**

ФИО исполнителя

контактный телефон