

nazwa pracodawcy:

miesiąc:....., rok.....

data	zatrudnienie w osobach				zatrudnienie w etatach			
	ogółem	w tym			ogółem	w tym		
		osoby niepełnosprawne ogółem	o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*	niewidomi, psychicznie chorzy lub z upośledzeniem umysłowym zaliczeni do umiarkowanego lub znacznego stopniu niepełnosprawności **		osoby niepełnosprawne ogółem	o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	niewidomi, psychicznie chorzy lub z upośledzeniem umysłowym zaliczeni do umiarkowanego lub znacznego stopniu niepełnosprawności **
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
razem:								
				wskaźnik:				

* wypełnić w przypadku spełniania warunku określonego w art.. 28 ust. 1 pkt 1 lit. A ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 ze

** wypełnić w przypadku spełniania warunku określonego w art.. 28 ust. 1 pkt 1 lit. B

pieczętka i podpis pracodawcy.....