

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 stopnia niepełnosprawności **	osoby niepełnosprawne ogółem
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.....