|  |
| --- |
| **ПЛАН И ПРОГРАМ ПРОФЕСИОНАЛНЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ** |
|  |
|  |
| **1. ОПШТИ ПОДАЦИ (уноси особа која се пријављује)** |  |
|  |
| ИМЕ И ПРЕЗИМЕ: |   |  |
| ЈМБГ: |   |  |
| АДРЕСА: |   |  |
| КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: |   |  |
| ВРСТА И ПРОЦЕНАТ ИНВАЛИДНОСТИ: |   |  |
| **2. ПЛАН И ПРОГРАМ ПРОФЕСИОНАЛНЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ(уноси пружаоц услуга професионалне рехабилитације )** |  |
|  |
| **2.1. Општи подаци о пружаоцу услуга**  |  |
| Назив предузећа/установе или школе у којој се спроводи професионална рехабилитација: |   |  |
|  |
|  |
|  |
| ЈИБ: |   |  |
| Општина/Град и адреса сједишта: |   |  |
|  |
| Дјелатност: |   |  |
| Одговорно лице:  |   |  |
| **2.2. План и програм**  |  |
| Врста професионалне рехабилитације(курс, тренинг, едукација, доквалификација, преквалификација, стручни или возачки испит и др.) |   |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Име и презиме ментора/инструктора: |   |  |
|  |
| Датум почетка:  |   |  |
| Датум завршетка: |   |  |
| План реализације (Кратак опис плана реализације од датума почетка до завршетка, навести активности које ће се спровести): |   |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Укупан износ потребних средстава за реализацију: |   |  |
|  |
| Потпис апликанта:  | М.П. | Потпис одговорног лица:  |  |
|   |   |  |
|  |

*Напомена: Особе са инвалидитетом које аплицирају за програм професионалне рехабилитације у склопу којег се полаже стручни или правосудни испит не попуњавају ставку 2.1.*