

ПЛАН И ПРОГРАМ ПРОФЕСИОНАЛНЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ

Копонента 2

1. ОПШТИ ПОДАЦИ

Назив предузећа/установе или школе у којој се спроводи професионална рехабилитација:	
ЈИБ:	
Адреса:	
Број телефона/Факс	
Електронска пошта:	
Дјелатност:	
Технички, просторни, кадровски и организациони услови:	

2. ПЛАН И ПРОГРАМ ПРОФЕСИОНАЛНЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ

Врста професионалне рехабилитације(курс, тренинг, едукација, доквалификација, преквалификација)	
Референце и општи подаци ментора/стручног лица за рад са особама са инвалидитетом (Поткријепити документацијом, биографија, сертификат и др.):	
План реализације (Кратак опис плана реализације од датума почетка до завршетка, навести активности које ће се спровести):	
Вријеме и период трајања :	
Број особа са инвалидитетом планиран за реализацију професионалне рехабилитације:	
Потребна средства за реализацију:	
Намјена утрошка средстава:	

3. ОПШТИ ПОДАЦИ О ОСОБАМА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ (За сваку особу планирану програмом за професионалну рехабилитацију доставити тражене податке)

Име и презиме:		
Датум рођења:		
ЈМБГ:		
Мјесто и адреса пребивалишта:		
Контакт телефон:		
Електронска пошта:		
Занимање/завршен ниво образовања:		
Врста и степен инвалидности:		
Број рјешења/налаза оцјене и мишљења:		
Датум:	М.П.	Потпис одговорног лица:
____.____. 2025. године		