

Предоставляется работодателем ежемесячно в ГКУ ЦЗН по месту нахождения организации до 10 числа месяца, следующего за отчетным

Приложение № 1  
к приказу Комитета РСО-Алания  
по занятости населения  
«12» января 2017 г. № 5

### Информация

**о выполнении установленных квот по приему на работу инвалидов и несовершеннолетних граждан в возрасте от 14 до 18 лет и минимального количества специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов за февраль месяц 2019 года**

**Полное наименование организации** Муниципальное бюджетное образовательное учреждение средняя общеобразовательная школа № 37

**Адрес места нахождения** РСО-Алания, г. Владикавказ, п. Карца, ул. Карцинская, 82

**Адрес фактического места нахождения** РСО-Алания, г. Владикавказ, п. Карца, ул. Карцинская, 82

**Номер контактного телефона (8672) 70-04-18, 8-928-856-62-60** Электронная почта [vladikavkaz37@list.ru](mailto:vladikavkaz37@list.ru)

**Среднесписочная численность работников организации (за отчетный период)** 52 чел., из них с вредными условиями труда 0 чел.

№№ п/п	Наименование показателя	По несовершеннолетним гражданам в возрасте от 14 до 18 лет	По трудоустройству инвалидов	
			Всего	в т.ч. на специальные рабочие места
1	Установленное количество квотируемых рабочих мест	0	1	0
2	Количество зарезервированных рабочих мест для инвалидов в счет выполнения установленной квоты	0	1	0
3	Трудоустроены в счет установленной квоты за отчетный месяц	0	0	0
4	Выбыло с квотируемых рабочих мест за отчетный месяц	0	0	0
5	Работает в счет установленной квоты на конец отчетного месяца	0	0	0
6	Не трудоустроено в счет установленной квоты на конец отчетного месяца	0	1	0

1. Информация о локальных нормативных актах, содержащих сведения о созданных или выделенных рабочих местах для трудоустройства инвалидов в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов:

1.1. \_\_\_\_\_ приказ №33 от 06. 02 2017г.

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

(наименование, №, дата нормативного акта, краткое его содержание)

  
(подпись)

**Руководитель**

\_\_\_\_\_ Саркисянц Г.Б. \_\_\_\_\_  
(ФИО)

  
(подпись)

**Исполнитель**

\_\_\_\_\_ Точиева З.В. \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Дата « 06 » 03 2019 г.



**Принял специалист ГКУ ЦЗН**

(должность; ФИО; подпись)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.