**Příloha č. 2 k dohodě č. PPM-PP-90/2019**

**Jmenný seznam osob se zdravotním postižením, na které je příspěvek poskytován**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno | Příjmení | Rodné číslo | Datum vznikupracovního poměru | Pracovní poměr do\* |
| Pepa | Vávra | 123456 | 25.07.2019 |  |

\*je-li sjednán pracovní poměr na dobu neurčitou, není vyplněno

Za Úřad práce vyhotovil:

Podpis: