



ФОНД НА ПЕНЗИСКОТО И ИНВАЛИДСКОТО ОСИГУРУВАЊЕ НА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА  
FONDI I SIGURIMIT PENSIONAL DHE INVALIDOR I MAQEDONISË SË VERIUT

Улица „23 Октомври“ бр. 11, 1000 Скопје Тел: (02) 3250 100; Емаил: info@piom.com.mk  
Rruga "23 Oktomvri" nr. 11, 1000 Shkup Tel: (02) 3250 100; Email: info@piom.com.mk



- Стручна служба -  
- Филијала/Деловница -

## Б А Р А Њ Е ЗА ИЗДАВАЊЕ НА НАОД, ОЦЕНА И МИСЛЕЊЕ

Во смисла на член -2 од Законот за изменување и дополнување на Законот за вработување на инвалидни лица

### 1. ПОДАТОЦИ ЗА БАРАТЕЛОТ

_____	_____
Презиме	Име
_____	_____
Матичен број	личен број (број од работничка книшка)
_____	_____
Ден,месец и година на раѓање	Државјанство
_____	_____
Место на раѓање	_____
_____	_____
Адреса _____	_____
Улица	број
_____	бр.на пошта
_____	место
_____	општина

Број на предмет (доколку се работи за повторно барање)

**Постапката е поведена по барање на: осигуреникот – работодавецот - надлежниот матичен лекар**

### 2. ЛИЧНИ ИЗЈАСНУВАЊА

Број на телефон \_\_\_\_\_ - адреса \_\_\_\_\_

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ год.

\_\_\_\_\_ (потпис на подносителот на барањето)

Прилог кон барањето:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

## POTREBNI DOKUMENTI:

1. BARAWE- (SE I ZDAVA KAJ NAS)
2. RABOTNA KNI [ KA (ORI GI NAL NA UVI DI FOTOKOPI )
3. I ZVOD OD MATI ^NA KNI GA NA RODENI I LI LI ^NA KARTA (FOTOKOPI )
4. POTVRDA OD \_\_\_\_\_ ZA VRABOTUVAWE  
( ZA LI CA KOI NE SE VO RABOTEN ODNOS )
5. OBRAZEC 3 (SE I ZDAVA OD MATI ^NI OT LEKAR), ZADOL ¤ I TELNO DA BI DE \_\_\_\_\_ NA  
MA[ I NA ZAVEREN SO OKRUGOL PE ^AT OD ZDRAVSTVENATA ORGANI ZACI JA, FAKSI MI L OD  
MAT. LEKAR, POTPI SI DATA NA I ZDAVAWE - ORI GI NAL
6. MEDI CI NSKA DOKUMENTACI JA (ORI GI NAL )
7. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )
8. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )
9. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )