

Приложение 6
к постановлению
Министерства труда
и социальной защиты
Республики Беларусь
30.11.2006 № 149
(в редакции постановления
Министерства труда
и социальной защиты
Республики Беларусь
19.08.2024 № 67)

Форма

Исходящий № _____ дата отправления ____ _____ 20__ г.

(наименование организации)

(место нахождения юридического лица)

(наименование остановки, номера маршрутов общественного транспорта)

Форма собственности организации _____

Вид экономической деятельности _____

Учетный номер плательщика _____

Учетный номер плательщика обязательных страховых взносов в городском, районном, районном в городе отделе (секторе) областного, Минского городского управления Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) начальника отдела кадров

Телефон начальника отдела кадров _____

Другие контактные телефоны организации _____

Электронный адрес организации _____

Дополнительные социальные гарантии для работников _____

СВЕДЕНИЯ
о наличии свободных рабочих мест (вакансий)
 по состоянию на _____ 20__ г.
 (для временных работ на период с _____ по _____)

Наименование профессии рабочего, должности служащего	Код наименования группы занятий по ОКЗ ¹	Код профессии рабочего, должности служащего по ОКЗ	Разряд по профессии и рабочего	Размер оплаты труда (от и до)	Образование	Характер работы	Режим рабочего времени	Количество свободных рабочих мест (вакансий)										С предоставлением жилого помещения	Дополнительные требования к кандидату
								всего	на рабочие места, созданные с использованием средств государственного внебюджетного фонда социальной защиты населения Республики Беларусь	оплачиваемые общественные работы	для учащихся, студентов	в соответствии с установленной броней для приема на работу							
												всего	в том числе до 18 лет	родители в многодетных семьях, неполных семьях, а также воспитывающие детей-инвалидов	инвалиды	другие	родители, которые обязаны возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Руководитель _____
 (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

_____ (фамилия исполнителя, номер телефона)

¹ Общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 014-2017 «Занятия».