

Приложение 9
к постановлению
Министерства труда
и социальной защиты
Республики Беларусь
22.01.2025 N 8

Форма

Исходящий N _____ дата отправления _____ 20__ г.

_____ (наименование и место нахождения юридического лица)

Форма собственности организации _____

Вид экономической деятельности _____

Учетный номер плательщика _____

Учетный номер плательщика обязательных страховых взносов в городском, районном, районном в городе отделе (секторе) областном, Минском городском управлениях 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 организаци _____

Электронный адрес организации _____

Дополнительные социальные гарантии для работников _____

СВЕДЕНИЯ

о наличии свободных рабочих мест (вакансий)

по состоянию на _____ 20__ г.

Наименование профессии и рабочего, должности служащего	Код, наименования группы занятий по ОКЗ <1>	Код профессии рабочего, должности служащего по ОКЗ	Разряд по профессии рабочего	Размер оплаты труда (от и до)	Образование	Характер работы	Режим рабочего времени	Количество свободных рабочих мест (вакансий)						Количество штатных единиц	С предоставлением жилого помещения	Дополнительные требования к кандидату	Место нахождения рабочего места	Примечание
								все	на рабочие места, созданные с использованием средств бюджета	в счет установленной квоты приема на работу инвалидов	для учащейся, студентов	в счет установленной брони						
												все	обязанных лиц					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Руководитель _____
(подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

_____ (фамилия исполнителя, номер телефона)

<1> Общегосударственный классификатор Республики Беларусь "Занятия", утвержденный постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 24 июля 2017 г. N 33.