



# ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 17.08.2015

№ 679

г. Вологда

### О внесении изменений в постановление Правительства области от 10 ноября 2014 года № 998

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок представления работодателями информации в органы службы занятости населения Вологодской области, утвержденный постановлением Правительства области от 10 ноября 2014 года № 998, (далее – Порядок) следующие изменения:

1.1. В пункте 5.1 слова «по месту нахождения работников, которым» заменить словами «по месту нахождения рабочих мест, на которых».

1.2. Пункт 6.2 после слов «предоставляются работодателями» дополнить словами «, в отношении которых применяются процедуры о несостоятельности (банкротстве) и (или) у которых имеется необходимость в осуществлении деятельности по профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов,».

1.3. Приложения 1,3 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2 к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу по истечении 10 дней после дня его официального опубликования.

По поручению Губернатора области  
первый заместитель  
Губернатора области

**А.И. Шерлыгин**

Приложение 1  
к постановлению  
Правительства области  
от 17.08.2015 № 679

«Приложение 1 к Порядку  
Форма

Сведения о наличии свободных рабочих мест (вакантных должностей), созданных или выделенных для трудоустройства инвалидов в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов

Наименование юридического лица/ф.и.о. индивидуального предпринимателя/физического лица (нужное подчеркнуть)

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

Адрес фактического места нахождения \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество представителя работодателя \_\_\_\_\_

Проезд (вид транспорта, название остановки) \_\_\_\_\_

Организационно-правовая форма юридического лица \_\_\_\_\_

Форма собственности: государственная, муниципальная, частная (нужное подчеркнуть)

Численность работников \_\_\_\_\_

Вид экономической деятельности (по ОКВЭД) \_\_\_\_\_

Социальные гарантии работникам: медицинское обслуживание, санаторно-курортное обеспечение, обеспечение детскими дошкольными учреждениями, условия для приема пищи во время перерыва (нужное подчеркнуть)

Иные условия \_\_\_\_\_

Наименование профессии (специальности), должности*	Квалификация	Необходимое количество работников	Характер работы (постоянная, временная, по совместительству, сезонная, надомная)	Заработная плата (доход)	Режим работы			Профессионально-квалификационные требования, образование, дополнительные навыки, опыт работы	Дополнительные пожелания к кандидатуре работника	Предоставление дополнительных социальных гарантий работнику	Прием по результатам конкурса на замещение вакансии
					нормальная продолжительность рабочего времени, ненормированный рабочий день, работа в режиме гибкого рабочего времени, сокращенная продолжительность рабочего времени, сменная работа, вахтовым методом	начало работы	окончание работы				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Работодатель (его представитель) \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

М.П.

\* указывается вид рабочего места - «квотируемое рабочее место»

Приложение 2  
к постановлению  
Правительства области  
от 17.08.2015 № 679

«Приложение 3 к Порядку

Форма

Сведения о ликвидации организации либо прекращении деятельности индивидуальным предпринимателем, сокращении численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя и возможном расторжении трудовых договоров (контактов)

Наименование юридического лица/ф.и.о. индивидуального предпринимателя/физического лица (нужное подчеркнуть)

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

Адрес фактического места нахождения \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество представителя работодателя \_\_\_\_\_

Организационно-правовая форма юридического лица \_\_\_\_\_

Форма собственности: государственная, муниципальная, частная (нужное подчеркнуть)

Вид экономической деятельности (по ОКВЭД) \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

Основание высвобождения \_\_\_\_\_

(ликвидация юридического лица/прекращение деятельности индивидуального предпринимателя/сокращение численности работников/сокращение штата работников)

Причина принятия решения о высвобождении работников \_\_\_\_\_

Дата высвобождения \_\_\_\_\_

Среднесписочная численность работников на дату принятия решения о высвобождении (без совместителей) \_\_\_\_\_ человек.

Наименование казенного учреждения  
Вологодской области Центра занятости населения

№ п/п	Фамилия, имя, отчество работника	Число, месяц, год рождения	Занимаемая должность, профессия, специальность и квалификационные требования к ним	Условия оплаты труда, средняя заработная плата (за последние 3 месяца)	Стаж (общий и у работодателя)	Адрес регистрации по месту жительства	Дата предстоящего увольнения	Особые категории (пенсионер, инвалид)	Примечание (будет трудоустроен на предприятии)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

\_\_\_\_\_  
(наименование должности руководителя организации)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность и телефон исполнителя)

М.П.»