Қазақстан Республикасы    
 Денсаулық сақтау және     
әлеуметтік даму министрінің  
 2016 жылғы 17 маусымдағы   
 № 532 бұйрығына        
 2-қосымша

**Ағымдағы бос орындар және болжанатын жұмыс орындары дерекқорына қосу үшін болжанатын жұмыс орындары бойынша қажетті мамандықтар туралы МӘЛІМЕТТЕР**

Есепті кезең 20\_\_\_ жылғы «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нысан индексі: 1-болжам.

Ақпаратты жинау кезеңділігі: жыл сайын 1 сәуірдегі және 1 қазандағы жағдай бойынша жылына екі рет.

Ақпараттарды ұсынатын адамдар тобы: экономикалық қызметтің барлық түрлерін жүзеге асыратын барлық заңды тұлғалар ұсынады.

Нысан кімге ұсынылады: аудандық (қалалық) халықты жұмыспен қамту мәселелері жөніндегі жергілікті орган.

Нысанды ұсыну мерзімі: есепті кезеңнен кейінгі 1 сәуірден және 1 қазаннан кешіктірмей.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Жолдың шифры | Кәсіп (лауазым) бойынша қажетті жұмыскерлер | | Кәсіпті (лауазымды) нақтылау | Талап етілетін білім деңгейі | Талап етілетін біліктілік деңгейі (разряд) | Жұмыскерлерге, мамандарға болжамды қажеттілік (адам) | | | |
| Кәсіптер коды және базалық топтың атауы | Кәсіп (лауазым) атауы | барлығы | оның ішінде жылдар бойынша | | |
| \_\_\_ жыл | \_\_\_ жыл | \_\_\_  жыл |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Жиынтығы | Х | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |

Ескертпе: нысан осы нысанға қосымшада келтірілген түсіндірмеге сәйкес толтырылады

Ұйымның атауы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Экономикалық қызмет түрі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Басшы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
        (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)     қолы

Орындаушы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
         (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)   қолы

Орындаушының телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ұйымның мекенжайы және телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.О. (бар болса)