**დანართი N3**

**საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს**

**იზოლაციაში (თვითიზოლაციაში/კარანტინში) მყოფი**

**პირის -------------------------------------------**

 **(სახელი, გვარი)**

**განაცხადის ფორმა**

**სამუშაო ადგილზე წარსადგენად დროებითი შრომისუუნარობის ტოლფასი ცნობის გაცემის თაობაზე**

გთხოვთ, მომცეთ ცნობა, ჩემი დროებითი შრომისუუნარობის თაობაზე:

პირის სახელი, გვარი -----------------------------------------------------------------

პირადი ნომერი-------------------------------------------------------------------------------------------------

ფაქტობრივი მისამართი---------------------------------------------------------------------------------------

საკონტაქტო ტელეფონი---------------------------------------------------------------------------------------

სამუშაო ადგილის ზუსტი დასახელება---------------------------------------------------------------------

დაკავებული თანამდებობა-----------------------------------------------------------------------------------

იზოლაციაში ყოფნის პერიოდი------------------------------------------------------------------------------

განმცხადებელი: