|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рег. № ……………………..../…...... 20… г. | | Дирекция „Бюро по труда”..…….……………………………………………………. | | | | | | **Фаза …………..** | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…Име и фамилия | | | | | | | | *съм съгласен (а)* | |
| ☑ *да ми бъдат предоставяни посреднически услуги за осигуряване на заетост в съответствие с притежаваните от мен умения, образование и професионален опит, съобразно възможностите, потребностите и условията на местния пазара на труда;*☑ *да участвам във всички съвместно планирани действия и да спазвам предвидените срокове за изпълнение на съответните препоръки.* *Информиран(а) съм за възможността през първите до три месеца от регистрацията ми да получавам информация за всички обявени свободни работни места на посочената от мен електронна поща или на място в дирекция „Бюро по труда” – в зоната за самоинформиране и/или Център „Работа”, и/или на посочения от мен, при регистрацията електронен адрес.*  *Уведомен(а) съм, че при отказ за участие в изготвянето и изпълнението на плана за действие, чиято цел е извеждането ми от състояние на безработица, регистрацията ми в дирекция “Бюро по труда” ще ми бъде прекратена.* | | | | | | | | | |
| Дата ………………………… | | | | **Безработен(на) търсещ(а) работа:** …………………………………….  (подпис) | | | | | |
| **Дата на възлагане** | | **Конкретни препоръки и/или действия за изпълнение** | | **Срок за изпълнение**  (дати) | | **Резултат** | **Коментар** | **Трудов посредник**  (подпис) | | **Безработно лице**  (подпис) | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
| **Дата на възлагане** | | **Конкретни препоръки и/или действия за изпълнение** | | **Срок за изпълнение**  (дати) | | **Резултат** | **Коментар** | **Трудов посредник**  (подпис) | | **Безработно лице**  (подпис) | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  | |