

(Prašymo kompensuoti bandomojoje praktikoje dalyvaujančio asmens patirtas draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe išlaidas forma)

_____ (juridinio asmens pavadinimas, kodas ar fizinio asmens vardas ir pavardė, gim. data, valstybinio socialinio draudimo įmokų grupė)

_____ (adresas, telefonas, el. paštas)

_____ (banko pavadinimas, a/s numeris)

Užimtumo tarnybos prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos
_____ klientų aptarnavimo departamento
_____ skyriui

**PRAŠYMAS
KOMPENSUOTI BANDOMOJOJE PRAKTIKOJE DALYVAUJANČIO ASMENS
PATIRTAS DRAUDIMO NUO NELAIMINGŲ ATSITIKIMŲ DARBE IŠLAIDAS**

20__ m. _____ d.

_____ (vieta)

Prašau kompensuoti bandomojoje praktikoje dalyvaujančio (-ių) asmens (-ų) patirtas draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe išlaidas:

1. _____, Trišalės bandomosios praktikos sutarties data ____ Nr. _____;
(dalyvio vardas, pavardė)
2. _____, Trišalės bandomosios praktikos sutarties data ____ Nr. _____;
(dalyvio vardas, pavardė)

PRIDEDAMA:

1. Išlaidas pagrindžiantys dokumentai už _____, _____ lapas (-ai);
(dalyvio vardas, pavardė)
2. Išlaidas pagrindžiantys dokumentai už _____, _____ lapas (-ai);
(dalyvio vardas, pavardė)

_____ (pareigos)

_____ (parašas)

_____ (vardas ir pavardė)
