

SEBEHODNOTÍCÍ ZPRÁVA

SOUBOR POŽADAVKŮ

- žadatel zpracuje sebehodnocení dle uvedených požadavků a zašle ERGOTEP CSR INSTITUTU o.p.s.. Na závěr podepisuje závazné prohlášení, že jím poskytované údaje jsou pravdivé a že zajišťuje stabilitu výrobního procesu.
- podle uvážení přikládá žadatel i dokumentaci, související se systémem kvality nebo jiným oceněním managementu.

Úplný název organizace žadatele			
Adresa firmy žadatele	Ulice Město Kraj	PSC	
www stránky			
IČO		DIČ	

Statutární zástupce společnosti	Příjmení:	Jméno: I	
	Příjmení:	Jméno:	
	Příjmení:	Jméno:	
	Příjmení:	Jméno:	
Kontaktní osoba Příjmení a jméno		Pracovní í pozice	
Telefon		Fax	
Mobilní telefon		e-mail	

Sebehodnocení zpracoval dne:	Jméno:	Pracovní pozice:	Podpis:
---------------------------------------	--------	------------------	---------

Organizace vypracovává podklady pro získání ochranné známky v kategorii

ŽÁDÁM O A) ZAMESTNAVATEL OZP

B)INTEGRAČNÍ SOCIÁLNÍ PPODNIK

Identifikace organizace podle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb.

Podnik s méně než 50 zaměstnanci, zaměstnavatel zaměstnávající více jak 50% osob se zdravotním postižením	ANO	NE
Podnik s více jak 50 zaměstnanci, zaměstnavatel zaměstnávající více jak 50% osob se zdravotním postižením	ANO	NE
Osoba samostatně výdělečně činná se zdravotním postižením	ANO	NE
Jste součástí skupiny holdingového typu		

Počet zaměstnanců v organizaci celkem	PŘIDAT POČET FYZICKÝCH OSOB
Počet osob bez zdravotního postižení celkem	
Počet osob se zdravotním znevýhodněním	
Počet osob v 1. a 2. stupni invalidity	
Počet osob ve 3. stupni invalidity	
Počet domácích pracovníků	
Počet osob se zdravotním postižením celkem	
Přepočtený počet osob se zdravotním postižením za poslední kalendářní rok----- (uveďte po čtvrtletích)	I: II:
Dobrovolní pracovníci	III: IV:
Outsourcujete některé z firemních procesů	

**Program hodnocení kvality řízení organizací a propůjčování ochranné známky „PRÁCE
POSTIŽENÝCH“**

Směrnice pro hodnocení kvality řízení organizací, které zaměstnávají zdravotně postižené osoby

Str.: 3

Uved'te seznam vašich provozoven (má zde být zakomponováno o jaký typ provozu se jedná (pekárna, ...apod.)

Adresa provozovny	Zaměření provozovny	Jméno odpovědného pracovníka	Telefon / fax	Počet pracovníků (zdraví/pos tížení)	Provozn í doba

1 Popište, čím se zabývá vaše organizace, charakterizujte vaši organizaci. Co, proč a jak dělá vaše organizace.

2 Jste poskytovateli sociálních služeb nebo ke své práci sociální služby využíváte od jiných poskytovatelů (uved'te číslo rozhodnutí, na jehož základě je poskytujete).

**3. S.W.A.T. analýza. A zhodnocení hospodářských výsledky za poslední 3 roky.
(účetní závěrky).**

4. Vaše cíle vize a strategie.

**Program hodnocení kvality řízení organizací a propůjčování ochranné známky „PRÁCE
POSTIŽENÝCH“**

Směrnice pro hodnocení kvality řízení organizací, které zaměstnávají zdravotně postižené osoby

Str.: 2