Приложение 7

к Административному

регламенту предоставления государственной услуги по организации проведения оплачиваемых общественных работ

**ГРАФИК**

**приема граждан в ГКУ КК центр занятости населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(города, района) при предоставлении государственной**

**услуги по организации проведения оплачиваемых общественных работ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назначенная дата посещения ЦЗН | Назначенное время посещения ЦЗН | Фамилия, Имя, Отчество заявителя |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |

Приложение: Заявления - \_\_\_ шт., в 1 экз.

*Примечание: количество заявлений должно совпадать с количеством указанных в графике заявителей*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалист МФЦ дата ФИО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалист ЦЗН дата ФИО

Начальник отдела специальных

программ и сопровождения занятости

инвалидов в управлении занятости населения

министерства труда и социального развития

Краснодарского края Л.Д. Михайловская