นร 0 - 2

แบบรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรา 33 ประจำปี 2563

ชื่อหน่วยงาน ........................................................................................................................

ที่ตั้ง.....................................................................................................................................................โทรศัพท์......................................

จำนวนข้าราชการผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พิการ........................................คน จำนวนข้าราชการผู้ปฏิบัติงานที่พิการ........................................คน

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | ชื่อ-สกุล (คนพิการ) | เพศ | อายุ (ปี) | ระดับการศึกษา | เลขทะเบียนคนพิการ  (ตามบัตรประจำตัวคนพิการ) | ลักษณะความพิการ | เริ่มบรรจุงาน  (วัน/เดือน/ปี) | ค่าจ้าง/เงินเดือน | ตำแหน่งงาน |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ** แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของคนพิการที่ทำงานในหน่วยงาน และสำเนาสัญญาจ้าง

(ลงชื่อ)...............................................................ผู้รายงาน

(...............................................................)

ตำแหน่ง.............................................................................

วันที่....................................................................................

การกรอกข้อความเป็นเท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา