

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

000472010

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____

(naziv izvajalca) _____

2 - OSEBNI ZDRAVNIK

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

(imenski žig) _____

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____

(zavar. podlaga) _____ (enota ZZSS zavarovanja) _____

(priimek) _____

(ime) _____

(ulica, h. št.) _____

POŠTA _____ KRAJ _____

4 - DRUŽINSKI ČLAN

(priimek) _____

(ime) _____ (datum roj.) _____

1 - OTROK 2 - ZAKONEC

7 - ZAVEZANEC

NAZIV _____

reg. št. _____ šifra dejavnosti _____

zap. št. potrdila _____

5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI

OD _____

6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI

ZA DIAGNOZO ZA RAZLOG ZA PLAČNIKA

DA DA DA

9 - NAPOTEN NA IK

NAPOTEN NA IK DNE _____

POSTOPEK ZAKLJUČEN DA

8 - MNENJE ZK

ZADRŽAN PO MNENJU ZK ŠT. _____

1. I. STOPNJE _____ DO _____

2. II. STOPNJE _____ DO _____

11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI

01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA

02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA

03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO

04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA

05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA

06 - NEGA

PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____

10 - ZADRŽANOST OD DELA

ZA POLNI DEL. ČAS OD: _____ DO _____

ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD: _____ DO _____

DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN _____

12 - INVALIDNOST

INVALID

1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.

KRAJ _____ DNE _____ (podpis zdravnika)

13 - DIAGNOZA

šifra diagnoze _____ zunanji vzrok poškodbe _____ prvi dan odsotnosti za diagnozo _____ datum spremembe del. časa _____

(izpolni delodajalec)

POTRDILO

Delavec-ka je za _____ ur dela v letu _____ oziroma v mesecih _____ leta _____ prejel-a povprečno mesečno bruto plačo in nadomestilo v višini _____ SIT.

Če bi delavec-ka delal-a v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, bi za _____ urno tedensko delovno obveznost, razporejeno na _____ dni in delovno soboto dne _____ prejel-a _____ SIT plače.

žig

Kraj _____ dne _____

(podpis pooblaščenca)

Prijava poškodbe pri delu je evidentirana pri Zavodu pod št. _____

dne _____

(izpolni izpostava RUJP oziroma davčna uprava)

POTRDILO

V letu _____ oziroma v mesecih _____ leta _____ je povprečna bruto osnova za obračun prispevka za samostojnega zavezanca znašala _____ SIT.

Zavarovančeva osnova je za odmero prispevka za zdravstveno zavarovanje v koledarskem mesecu pred nastankom zadržanosti od dela znašala _____ SIT.

Zavezanec je zapadle prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje poravnal
– v celoti
– dolguje znesek _____ SIT.

žig

Kraj _____ dne _____

(podpis pooblaščenca)