

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

000472043

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ (naziv izvajalca) _____		2 - OSEBNI ZDRAVNIK ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ (imenski žig) _____	
3 - ZAVAROVANA OSEBA (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (zavar. podlaga) _____ (enota ZZSZ zavarovanja) M-1 Ž-2 (priimek) _____ (ime) _____ (ulica, h. št.) _____ POŠTA _____ KRAJ _____		4 - DRUŽINSKI ČLAN (priimek) _____ (ime) _____ (datum roj.) _____ 1 - OTROK 2 - ZAKONEC ☐	
5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI OD _____		6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI ZA DIAGNOZO ZA RAZLOG ZA PLAČNIKA DA DA DA	
7 - ZAVEZANEC NAZIV _____ zap. št. potrdila ☐ reg. št. _____ šifra dejavnosti _____		8 - MNENJE ZK ZADRŽAN PO MNENJU ZK ŠT. _____ 1. I. STOPNJE ☐ DO _____ 2. II. STOPNJE ☐ DO _____	
9 - NAPOTEN NA IK NAPOTEN NA IK DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN DA		10 - ZADRŽANOST OD DELA ZA POLNI DEL CAS OD _____ DO _____ ZA KRAJŠI DELOVNI CAS OD _____ DO _____ DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN _____	
11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMIŠTVO 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		12 - INVALIDNOST INVALID ☐ 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.	
PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____ KRAJ _____ DNE _____ (podpis zdravnika) _____			
13 - DIAGNOZA šifra diagnoze _____ zunanji vzrok poškodbe _____ prvi dan odsotnosti za diagnozo _____ datum spremembe dat. časa _____			

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

000472043

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ (naziv izvajalca) _____		2 - OSEBNI ZDRAVNIK ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ (imenski žig) _____	
3 - ZAVAROVANA OSEBA (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (zavar. podlaga) _____ (enota ZZSZ zavarovanja) M-1 Ž-2 (priimek) _____ (ime) _____ (ulica, h. št.) _____ POŠTA _____ KRAJ _____		4 - DRUŽINSKI ČLAN (priimek) _____ (ime) _____ (datum roj.) _____ 1 - OTROK 2 - ZAKONEC ☐	
5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI OD _____		6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI ZA DIAGNOZO ZA RAZLOG ZA PLAČNIKA DA DA DA	
7 - ZAVEZANEC NAZIV _____ zap. št. potrdila ☐ reg. št. _____ šifra dejavnosti _____		8 - MNENJE ZK ZADRŽAN PO MNENJU ZK ŠT. _____ 1. I. STOPNJE ☐ DO _____ 2. II. STOPNJE ☐ DO _____	
9 - NAPOTEN NA IK NAPOTEN NA IK DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN DA		10 - ZADRŽANOST OD DELA ZA POLNI DEL CAS OD _____ DO _____ ZA KRAJŠI DELOVNI CAS OD _____ DO _____ DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN _____	
11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMIŠTVO 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		12 - INVALIDNOST INVALID ☐ 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.	
PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____ KRAJ _____ DNE _____ (podpis zdravnika) _____			

(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)