

**ZDRAVSTVENI ZAVOD oziroma
PRISTOJNI GINEKOLOG/INJA**

(priimek in ime, sedež)

Številka izvajalca:

--	--	--	--	--	--

POTRDILO O PREDVIDENEM DATUMU PORODA

S pregledom nosečnice _____,

(priimek in ime)

rojene _____ v _____,

(datum rojstva) (kraj rojstva)

EMŠO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

je bilo ugotovljeno, da je predvideni datum poroda dne _____.

(vpisati predvideni datum poroda)

ter da nosečnica pričakuje _____ otroka/e.

Obvezen nastop porodniškega dopusta je (ustrezno obkrožite):

- a) 28 dni pred predvidenim datumom poroda
- b) 42 dni pred predvidenim datumom poroda

V _____, dne _____

Pečat in podpis
pristojnega ginekologa/inje:

To potrdilo je priloga za uveljavitev pravic iz zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 97/01).

Pravico do porodniškega dopusta uveljavlja mati 60 dni pred predvidenim datumom poroda pri krajevno pristojnem centru za socialno delo glede na materino stalno prebivališče oziroma njeno začasno prebivališče, če v Republiki Sloveniji nima stalnega prebivališča. Na pristojnem centru za socialno delo dobite vse potrebne obrazce in vse informacije glede nadaljnega postopka uveljavljanja pravic (prvi odstavek 53. člena zakona).

Potrdilo se izda v treh izvodih:

- original prejme nosečnica
- en izvod ginekolog pošlje osebnemu zdravniku nosečnice
- en izvod zadrži ginekolog za arhiv