

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

009427106

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

1. - OSEBNI

2. - NADOMESTNI

(številka zdravnika)

(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum roj.)

(zavar: podlaga)

(enota ZZZS zavarovanja)

M - 1 Ž - 2

(ime)

(preime)

(ulica, n. št.)

POŠTA

KRAJ

7 - ZAVEZANEC

NAZIV

zap. št.
potrdila

reg. št.

šifra dejavnosti

9 - NAPOTEN NA IK

POSTOPEK
ZAKLJUČEN

NAPOTEN
NA IK DNE

DA

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

4 - DRUŽINSKI ČLAN

(ime)

(preime)

(datum roj.)

1 - OTROK

2 - ZAKONEC

5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI

OD

OD

PREJŠNJA ZADRŽANOST

OD DELA - RECIDIV

DO

6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI

ZA DIAGNOZO

ZA RAZLOG

ZA PLAČNIKA

DA

DA

DA

8 - ODLOČBA

ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT.

1 - IMENOVANEGA
ZDRAVNIKA

2 - ZDRAVSTVENE
KOMISIJE

DO

10 - ZADRŽANOST OD DELA

ZA POLNI
DELOVNI

ČAS OD:

DO

ZA KRAJŠI
DELOVNI

ČAS OD:

DO

DOLŽAN DELATI

UR NA DAN

OD TEGA ZADRŽAN OD DELA

UR NA DAN

12 - INVALIDNOST

INVALID

1. I. kat.

2. II. kat.

3. III. kat.

KRAJ

DNE

(podpis zdravnika)

13 - DIAGNOZA

šifra diagnoze

zunanj vzrok poškodbe

prvi dan odsotnosti
za diagnozo

datum spremembe del. časa

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

009427106

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

1. - OSEBNI

2. - NADOMESTNI

(številka zdravnika)

(imanski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum raj.)

(zavar. podlega)

(enota ZZZS zavarovanja)

M - 1 Ž - 2

(priimek)

(ime)

(ulica, h. št.)

POŠTA

KRAJ

7 - ZAVEZANEC

NAZIV

zap. št.
potrdila

reg. št.

šifra dejavnosti

9 - NAPOTEN NA IK

NAPOTEN
NA IK DNE

POSTOPEK
ZAKLJUČEN

DA

11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI

01 - BOLEZEN

02 - POŠKODBA IZVEN DELA

03 - POKLICNA BOLEZEN

04 - POŠKODBA PRI DELU

05 - POŠ. PO TRETJI
OSEBI IZVEN DELA

06 - NEGA

07 - TRANSPLANTACIJA

08 - IZOLACIJA

09 - SPREMIŠTVO

10 - USPOSABLJANJE ZA
REHABILITACIJO OTROKA

11 - POŠKODBA NASTALA PRI
AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA

PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG

4 - DRUŽINSKI ČLAN

(priimek)

(ime)

(datum roj.)

1 - OTROK

2 - ZAKONEC

5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI

OD

PREJŠNJA ZADRŽANOST

OD DELA - RECIDIV

OD

DO

6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI

ZA DIAGNOZO

ZA RAZLOG

ZA PLAČNIKA

DA

DA

DA

8 - ODLOČBA

ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT.

1 - IMENOVANEGA
ZDRAVNIKA

2 - ZDRAVSTVENE
KOMISIJE

DO

10 - ZADRŽANOST OD DELA

ZA POLNI
DELOVNI

CAS OD:

DO

ZA KRAJŠI
DELOVNI

CAS OD:

DO

DOLŽAN DELATI

UR NA DAN

OD TEGA ZADRŽAN OD DELA

UR NA DAN

12 - INVALIDNOST

INVALID

1. I. kat.

2. II. kat.

3. III. kat.

KRAJ

DNE

(podpis zdravnika)

(izpolni delodajalec)

POTRDILO

V letu _____ oziroma v mesecih _____ leta _____ je bilo delavcu-ki za _____ ur izplačanih _____ EUR bruto plač in nadomestil *(velja enak princip seštevka zneskov kot za dohodnino)*.

Če bi delavec-ka v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, delal-a, bi znašala:

- urna osnova za delo _____ EUR,
- dejanska mesečna delovna obveznost _____ ur in bi bila razporejena na _____ dni,
- dejanska tedenska delovna obveznost _____ ur in bi bila razporejena na _____ dni,
- delovna obveznost ob sobotah *(datum)* _____ po ur _____, v ostalih dneh tedna z delovno soboto bi delovna obveznost znašala _____ ur,
- povprečna mesečna delovna obveznost _____ ur *(vpis le ob fiksnem obračunu)*.

Datumi delovnih sobot v preteklih 30 delovnih dneh *(izpolniti je potrebno samo ob prvem prehodu izplačila v breme ZZSZ)*: _____.

V tekočem letu _____ je bilo v breme delodajalca izplačano nadomestilo plače za zadržanosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe izven dela za _____ delovnih dni. Nadomestilo za 120. delovni dan je bilo izplačano za dan _____.

žig

Kraj _____ dne _____
(podpis pooblaščen osebe)

(izpolni DURS)

POTRDILO

Za leto _____ oziroma za mesece _____ leta _____ je skupna osnova za plačilo prispevka za samostojnega zavezanca znašala _____ EUR, in sicer za _____ ur.

Osnova za plačilo prispevka bi za mesec zadržanosti od dela znašala _____ EUR, *(upoštevajte raven osnove za mesec pred nastankom zadržanosti)* za _____ ur.

žig

Kraj _____ dne _____
(podpis pooblaščen osebe)