

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

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 ZZS 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

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 - POVEZANA OSEBA

(priimek)

(ime)

(datum rojstva)

1 - PARTNER 2 - OTROK 3 - DRUGO

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

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

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

(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

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 - POVEŽANA OSEBA

(priimek)

(ime)

(datum rojstva)

1 - PARTNER 2 - OTROK 3 - DRUGO

5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI

OD

PREJŠNJA ZADRŽANOST

OD DELA - RECIDIV

OD

DO

6 - ZADN. II 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)

(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 pooblaščenih oseb)

(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 pooblaščenih oseb)