**VLOGA ZA UVELJAVITEV**

dnevnega nadomestila za čas zadržanosti od dela zaradi bolezni za samozaposlene v kulturi

|  |  |
| --- | --- |
| **PODATKI O VLOŽNIKU:** | |
| **Ime in priimek:** |  |
| **Naslov (stalno prebivališče):** |  |
| **Sedež opravljanja dejavnosti:** |  |
| **Naslov (za vročanje):** |  |
| **Datum rojstva:** |  |
| **Številka vpisa v razvid:** |  |
| **Davčna številka:** |  |
| **Št. transakcijskega računa:** |  |
| **Banka in enota banke:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **E-mail:** |  |

**VPISAN V RAZVID:**

|  |
| --- |
| **a) ZA POLNI DELOVNI ČAS** |
| **b) ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD POLNEGA       %** |

**PODATKI O ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI BOLEZNI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **OD DNE:** |  |
| **DO DNE:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DNEVNO BOLNIŠKO NADOMESTILO UVELJAVLJAM :**   |  |  | | --- | --- | | **OD DNE:** | **(1. dan zadržanosti od dela)** | | **DO DNE:** | **(30. delovni dan zadržanosti)** | | **ŠTEVILO DELOVNIH DNI:** | **30** |   **IZJAVA:**  **Podpisani izjavljam, da v tekočem letu nisem bil prejemnik dnevnega nadomestila za čas zadržanosti od dela zaradi bolezni.**  Kraj in datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vložnika |

**Priloge:**

□ Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (obr. BOL) – kopija

□ Odločba Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o začasni nezmožnosti za delo – kopija