

Naslovnik:

.....  
 (Naslov organa, ki je zahteval vpoklic)

**ZAHTEVEK ZA NADOMESTILO PLAČE MED ZAČASNO  
NEZMOŽNOSTJO ZA DELO**

Podatki o vpoklicani osebi: A

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_

.....  
 (Naslov prebivališča: naselje, ulica, hišna številka, pošta)

**1. IZPOLNI DELODAJALEC:**

1.1. Obdobje začasne nezmožnosti za delo, za katero se zahteva nadomestilo (datum: od – do):

--	--

Skupno število dni/ur: \_\_\_\_\_

1.2. Znesek nadomestila plače: \_\_\_\_\_

1.3. Prispevki delodajalca na plačo: \_\_\_\_\_

1.4. Prispevek za delovno dobo, ki se šteje s povečanjem: \_\_\_\_\_

1.5. Davek na izplačano delo: \_\_\_\_\_

<b>SKUPAJ</b>	<b>nadomestilo</b>	<b>plače</b>
---------------	--------------------	--------------

1.6. (1.2.+1.3.+1.4.+1.5.): \_\_\_\_\_

Naziv in sedež delodajalca: \_\_\_\_\_

Številka TRR delodajalca: \_\_\_\_\_

Sklic: \_\_\_\_\_ Banka: \_\_\_\_\_

Davčna številka delodajalca: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

(Podpis, žig)

Priloga: Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela

**2. Potrdilo organa/enote, ki je zahteval vpoklic**

Datum nastanka poškodbe ali bolezni: \_\_\_\_\_

Udeležba na: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

(Podpis, žig)