

P o t v r d e n i e
o dočasnej pracovnej neschopnosti
občana/uchádzača o zamestnanie

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo
Adresa trvalého pobytu	
Adresa, kde sa bude uchádzač o zamestnanie zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia	
Diagnóza číslom podľa MKCH:	
Odtlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára	Neschopný práce od*
	Schopný práce od**
Dátum vystavenia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti	Povolené vychádzky uchádzača o zamestnanie odo dňa odh do h

P o u č e n i e

Občan preukazuje dočasnú pracovnú neschopnosť za účelom poskytovania ochranného príspevku podľa zákona č. 599/2003 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi, ktorý je vo výške 34,69€ mesačne, ktorý bez vyjadrenia posudkového lekára môže občan poberať najdlhšie po dobu troch mesiacov.

Uchádzač o zamestnanie preukazuje dočasnú pracovnú neschopnosť podľa § 36 ods. 4 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti vznp.

* *Uchádzač o zamestnanie predkladá začiatok dočasnej pracovnej neschopnosti na úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste svojho trvalého pobytu do troch pracovných dní odo dňa vystavenia tohto potvrdenia.*

***Ukončenie dočasnej pracovnej neschopnosti predkladá uchádzač o zamestnanie na úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste svojho trvalého pobytu osobne v nasledujúci pracovný deň po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti.*

