

Center za socialno delo _____

Prostor za sprejemno štampiljko

VLOGA ZA UVELJAVITEV PRAVICE DO NADOMESTILA/PLAČILA PRISPEVKOV V ČASU ODMORA ZA DOJENJE**I. PODATKI O MATERI (ustrezno obkrožite) :**

Priimek in ime: _____ (telefonska številka)

EMŠO: _____

Stalno bivališče: _____
(ulica, hišna številka, poštna številka, kraj)Začasno bivališče: _____
(ulica, hišna številka, poštna številka, kraj)Zaposlitev: _____
(naziv in naslov delodajalca)

Davčna št. delodajalca: _____

Obdobje koriščenja pravice od _____ do _____ (kot izhaja iz potrdila delodajalca o pridobitvi odmora za dojenje)

II. UVELJAVLJAM PRAVICO DO NADOMESTILA V ČASU ODMORA ZA DOJENJE ZA: otroka do devetega meseca starosti:

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

III. UVELJAVLJAM PRAVICO DO PLAČILA PRISPEVKOV V ČASU ODMORA ZA DOJENJE ZA otroka od devetega do 18. meseca starosti:

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

IV. IZJAVA:

S podpisom jamčim,

- da so vsi podatki, ki sem jih navedel/a v vlogi, resnični, točni in popolni,
- da nisem prejemnica nadomestila po ZSDP-1 ali delnega plačila za izgubljeni dohodek
- da sem zaposlena za polni delovni čas

Prilagam potrdilo specialista pediatra.

V _____, dne _____

(podpis vlagatelja/ice)