

ПОТВРДА ЗА ОТСУСТВО ОД РАБОТНО МЕСТО ПОРАДИ БОЛЕСТ (АУЗ)



ГРАВЕ

осигурување ад Скопје

(ја пополнува работодавецот)

БРОЈ НА ШТЕТА / АУЗ: _____

Податоци за осигуреникот

1. Име и презиме
2. Датум на раѓање
3. Социјално осигурување (податоци за државната институција - соц.осигурување)

.....

Опис на работното место

.....

Со ова потврдувам дека осигуреникот бил отсутен од работното место поради болест

1. Почеток на болеста
2. Траење на одсуството
заклучно со

..... (датум)
 (датум)
 (датум), во денови

Назив на фирмата во која осигуреникот е вработен

..... телефон

Адреса на фирмата

--	--	--	--	--	--

Поштенски број

Место

Улица и број

Работникот е вработен на неодредено време во фирмата од

М.П.

.....
 потпис на овластено лице и заверка со печатот на фирмата

За точноста на податоците за причината за незгодата и другите податоци наведени во оваа пријава одговарам материјално и кривично! Ги сносам сите последици кои произлегуваат од тоа. Го овластувам ГРАВЕ осигурување ад Скопје да изврши увид во целосната медицинска документација. Исто така го овластувам надлежниот лекар по општа медицина на писмено барање на ГРАВЕ осигурување ад Скопје да дозволи копирање на целокупниот здравствен картон односно друга медицинска документација (анамнестички податоци, отпусно писмо и др.).

Во на..... 200_ година

.....
 потпис и печат на договарачот на осигурувањето

М.П.

.....
 потпис на осигуреникот