

Evidenční štítek

Žádost práce neschopného pojištěnce  
o udělení souhlasu ke změně pobytu  
v době dočasné pracovní neschopnosti  
z důvodu pobytu v cizině



(dle § 56 odst. 3 věty třetí zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

A. Základní identifikace

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo <sup>1)</sup>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Zaměstnavatel

Název zaměstnavatele	Identifikační číslo			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Ošetřující lékař

Příjmení	Jméno	Titul		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. Žádost pojištěnce

Tímto žádám o udělení souhlasu ke změně pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti z důvodu pobytu v cizině

Od	Do
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dočasně práce neschopen ode dne

Číslo rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti

Adresa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti <sup>2)</sup>

Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Důvod žádosti

E. Adresa pobytu v cizině

Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F. Datum a podpis

.....  
Datum a podpis pojištěnce

## Stanovisko ošetřujícího lékaře

Souhlas se uděluje <sup>3)</sup>  ano  ne

Datum příští kontroly u ošetřujícího lékaře

Ke stanovisku je nutné doložit přílohu - lékařská zpráva ošetřujícího lékaře

.....  
Datum, razítko poskytovatele zdravotních služeb,  
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

## Stanovisko OSSZ

Souhlas se uděluje <sup>3)</sup>  ano  ne

.....  
Datum, razítko OSSZ a podpis lékaře LPS

1) Není-li přiděleno rodné číslo, uveďte se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození.

2) Vyplní pojistěnce pouze v případě, není-li adresa v době dočasné pracovní neschopnosti shodná s adresou bydliště v části A. Základní informace.

3) Hodící se označte x.