

Hlášení zaměstnavatele / osoby dobrovolně nemocensky pojištěné při ukončení pracovní neschopnosti

(§ 97 odst. 4 / § 103 odst. 1 písm. b) / zákona č. 187/2006 Sb.)



☐ Hlášení zaměstnavatele ☐ Hlášení osoby dobrovolně nemocensky pojištěné

Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

Číslo rozhodnutí o DPN

A. Identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾

B. Identifikace zaměstnavatele

Název

IČ VS

C. Hlášení zaměstnavatele

Zaměstnanec začal vykonávat zaměstnání ²⁾ ☐ ano dne
☐ ne z důvodu

Poslední den pracovní neschopnosti zaměstnanec odpracoval hodin ³⁾

Pracovní doba, která připadala na poslední den pracovní neschopnosti podle rozvrhu směn zaměstnance, činila hodin ³⁾

Pokud zaměstnanec v době dočasné pracovní neschopnosti vykonával práci, uveďte ve kterých dnech:

Důvod vystavení v písemné formě

.....
Datum, razítko a podpis zaměstnavatele

D. Hlášení osoby dobrovolně nemocensky pojištěné

Opětovně jsem začal vykonávat pojištěnou činnost dne

V době dočasné pracovní neschopnosti jsem vykonával pojištěnou činnost ve dnech:

.....
Datum a podpis osoby dobrovolně nemocensky pojištěné

- 1) Není-li přiděleno rodné číslo, uveďte se evidenční číslo pojištěnce.
2) Doplňte jednu z možností dle skutečného stavu.
3) Vyplní se, pokud zaměstnanec poslední den pracovní neschopnosti pracoval.

