

ОПШТИНСКА – ГРАДСКА УПРАВА

Број: _____

Датум: _____

**ПОЗИВ ЗА ВЕШТАЧЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ДЕТЕТА РАДИ
ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ОДСУСТВО СА РАДА ИЛИ РАДА СА ПОЛОВИНОМ
ПУНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА**

_____ из _____
(име и презиме подносиоца захтева) (место)

(адреса)

Позивамо Вас да са дететом _____, дођете
(име и презиме детета)

у просторије Првостепене комисије за вештачење здравственог стања детета ради остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена ради посебне неге детета, односно права на остале накнаде по основу посебне неге

(место и адреса)

дана _____ године у _____ сати.

СТАРЕШИНА ОРГАНА
