

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____

ОЛЖ - 9

Испостава _____

Првостепена лекарска комисија -

Број:

Дана:

На основу члана 98. и 148. став 1. тачка 11) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 25/19), првостепена лекарска комисија, по предлогу изабраног лекара _____,
(име и презиме)

ИД број: за утврђивање потребе осигураника _____
(име и презиме)

ЛБО: из _____, за рад са

(адреса)

скраћеним радним временом за време привремене спречености за рад

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Осигураник _____, ЛБО:
(име и презиме)

из _____ привремено је спречен за рад од __. __. __. до
(адреса)

__ . __ . __ . године

2. Рад са скраћеним радним временом би за осигураник био користан за брже успостављање пуне радне способности, па му се одређује рад са скраћеним радним временом од најмање четири часа дневно, односно од _____ часова дневно у трајању од _____ дана, с тим да рад са скраћеним радним временом започне __. __. __. године.

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор другостепеној лекарској комисији Филијале, ул. _____ може се изјавити у року од **три радна дана** од дана саопштења оцене првостепене лекарске комисије.

НАПОМЕНА: Рад са скраћеним радним временом може трајати најдуже три месеца непрекидно или са прекидима у току дванаест месеци од дана почетка рада са скраћеним радним временом.

Послодавац код кога је запослени у радном односу, дужан је да запосленом обезбеди рад са скраћеним радним временом у складу са оценом стручно-медицинског органа.