

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA / CERTIFICATO DI ASSENZA GIUSTIFICATA DAL LAVORO

1 - IZVAJALEC / OPERATORE

ŠTEVILKA IZVAJALCA / CODICE DELL' OPERATORE

(naziv izvajalca / denominazione dell' operatore)

2 - ZDRAVNIK / MEDICO

1. - OSEBNI / DI BASE

2. - NADOMESTNI / SOSTITUTO (številka zdravnika / codice del medico)

(imenski žig / timbro nominativo)

3 - ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A

(številka zavarovane osebe / codice dell' assistito/a) (datum roj. / data di nascita)

M / M - 1 Ž / F - 2

(zavar. podlaga / base assicurativa) (enota ZZS zavarovanja / unità locale ZZS)

(ime / nome)

(ime / nome)

(ulica, h. št. / via, numero civico)

POŠTA / CODICE POSTALE KRAJ / LUOGO

4 - POVEZANA OSEBA / FAMILIARE

(ime / nome) (datum rojstva / data di nascita)

1 - PARTNER / COMPAGNO/A 2 - OTROK / FIGLIO/A 3 - DRUGO / ALTRO

5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI / PRIMO GIORNO DI ASSENZA DAL LAVORO

OD / DAL

PREJŠNJA ZADRŽANOST OD DELA - RECIDIV / PRECEDENTE ASSENZA DAL LAVORO - RICADUTA

6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI / ULTIMO GIORNO DI ASSENZA DAL LAVORO

ZA DIAGNOZO / PER LA DIAGNOSI ZA RAZLOG / PER UN MOTIVO ZA PLAČNIKA / PER IL SOLVENTE

DA / SI DA / SI DA / SI

7 - ZAVEZANEC / CONTRIBUENTE

NAZIV / DENOMINAZIONE

zap. št. potrdila / n. di serie del certificato

reg. št. / n. di registrazione šifra dejavnosti / codice di attività

8 - ODLOČBA / DECISIONE

ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT. / INABILE AL LAVORO IN BASE ALLA DECISIONE N.

1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA / DEL MEDICO DESIGNATO DO / FINO AL

2 - ZDRAVISTVENE KOMISIE / DELLA COMMISSIONE MEDICA

9 - NAPOTEN NA IK / INVIATO ALLA COMMISSIONE DI INVALIDITÀ

NAPOTEN NA IK DNE / INVIATO ALLA COMMISSIONE DI INVALIDITÀ IL GIORNO

POSTOPEK ZAKLJUČEN / PROCEDIMENTO COMPLETO

DA / SI

10 - ZADRŽANOST OD DELA / INABILITÀ AL LAVORO

ZA POLNI DELOVNI ČAS OD / A TEMPO PIENO DAL: DO / AL

ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD / A TEMPO PARZIALE DAL: DO / AL

DOLŽAN DELATI / OBBLIGO PRESENZA LAVORATIVA UR NA DAN / ORE AL GIORNO

OD TEGA ZADRŽAN OD DELA / DI CUI ASSENTE DAL LAVORO: UR NA DAN / ORE AL GIORNO

11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI / MOTIVAZIONE DELL' ASSENZA DAL LAVORO

01 - BOLEZEN / MALATTIA 07 - TRANSPLANTACIJA / TRAPIANTO

02 - POŠKODBA IZVEN DELA / INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO 08 - IZOLACIJA / ISOLAMENTO

03 - POKLICNA BOLEZEN / MALATTIA PROFESSIONALE 09 - SPREMSTVO / ACCOMPAGNAMENTO

04 - POŠKODBA PRI DELU / INFORTUNIO SUL LAVORO 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA / INFORTUNIO DOVUTO AD ATTIVITÀ IN BASE ALL' ARTICOLO 18 DELLA LEGGE

05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA / INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO CAUSATO DA TERZI

06 - NEGA / ASSISTENZA

PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG / PRIMO GIORNO DI ASSENZA DAL LAVORO PER MOTIVO

12 - INVALIDNOST / INVALIDITÀ

INVALID / INVALIDITÀ DI

1. I. kat. / I. categoria 2. II. kat. / II. categoria 3. III. kat. / III. categoria

KRAJ / LUOGO DNE / IL (podpis zdravnika / firma del medico)

13 - DIAGNOZA / DIAGNOSI

šifra diagnoze / codice diagnosi zunanji vzrok poškodbe / causa esterna dell' infortunio prvi dan odsotnosti za diagnozo / primo giorno di assenza per diagnosi datum spremembe del. časa / data di modifica dell' orario di lavoro

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA / CERTIFICATO DI ASSENZA GIUSTIFICATA DAL LAVORO

1 - IZVAJALEC / OPERATORE ŠTEVILKA IZVAJALCA / CODICE DELL' OPERATORE _____ _____ (naziv izvajalca / denominazione dell' operatore)	2 - ZDRAVNIK / MEDICO 1. - OSEBNI / DI BASE <input type="checkbox"/> 2. - NADOMESTNI / SOSTITUTO _____ (številka zdravnika / codice del medico) _____ (imenski žig / timbro nominativo)
3 - ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A _____ (številka zavarovane osebe / codice dell' assistito/a) _____ (datum roj. / data di nascita) _____ M / M - 1 Ž / F - 2 _____ (zavar. podlaga / base assicurativa) _____ (enota ZZS zavarovanja / unità locale ZZS) _____ (ime / nome) _____ (ime / nome) _____ (ulica, h. št. / via, numero civico) POŠTA / CODICE POSTALE _____ KRAJ / LUOGO _____	4 - POVEZANA OSEBA / FAMILIARE _____ (priimek / cognome) _____ (ime / nome) _____ (datum rojstva / data di nascita) 1 - PARTNER / COMPAGNO/A _____ 2 - OTROK / FIGLIO/A _____ 3 - DRUGO / ALTRO _____
7 - ZAVEZANEC / CONTRIBUENTE NAZIV / DENOMINAZIONE _____ _____ _____ (reg. št. / n. di registrazione) _____ (šifra dejavnosti / codice di attività)	5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI / PRIMO GIORNO DI ASSENZA DAL LAVORO OD / DAL _____ OD / DAL _____ PREJŠNJA ZADRŽANOST OD DELA - RECIDIV / PRECEDENTE ASSENZA DAL LAVORO - RICADUTA DO / AL _____ 6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI / ULTIMO GIORNO DI ASSENZA DAL LAVORO ZA DIAGNOZO / PER LA DIAGNOSI _____ ZA RAZLOG / PER UN MOTIVO _____ ZA PLAČNIKA / PER IL SOLVENTE _____ DA / SI _____ DA / SI _____ DA / SI _____
9 - NAPOTEN NA IK / INVIATO ALLA COMMISSIONE DI INVALIDITÀ NAPOTEN NA IK DNE / INVIATO ALLA COMMISSIONE DI INVALIDITÀ IL GIORNO _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN / PROCEDIMENTO COMPLETO _____ _____ DA / SI _____	8 - ODLOČBA / DECISIONE ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT. / INABILE AL LAVORO IN BASE ALLA DECISIONE N. _____ 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA / DEL MEDICO DESIGNATO <input type="checkbox"/> DO / FINO AL _____ 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE / DELLA COMMISSIONE MEDICA
11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI / MOTIVAZIONE DELL' ASSENZA DAL LAVORO 01 - BOLEZEN / MALATTIA _____ 07 - TRANSPLANTACIJA / TRAPIANTO _____ 02 - POŠKODBA IZVEN DELA / INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO _____ 08 - IZOLACIJA / ISOLAMENTO _____ 03 - POKLICNA BOLEZEN / MALATTIA PROFESSIONALE _____ 09 - SPREMSTVO / ACCOMPAGNAMENTO _____ 04 - POŠKODBA PRI DELU / INFORTUNIO SUL LAVORO _____ 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA / INFORTUNIO DOVUTO AD ATTIVITÀ IN BASE ALL' ARTICOLO 18 DELLA LEGGE _____ 05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA / INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO CAUSATO DA TERZI _____ 06 - NEGA / ASSISTENZA _____ PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG / PRIMO GIORNO DI ASSENZA DAL LAVORO PER MOTIVO _____	10 - ZADRŽANOST OD DELA / INABILITÀ AL LAVORO ZA POLNI DELOVNI ČAS OD / A TEMPO PIENO DAL: _____ DO / AL _____ ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD / A TEMPO PARZIALE DAL: _____ DO / AL _____ DOLŽAN DELATI / OBBLIGO PRESENZA LAVORATIVA _____ UR NA DAN / ORE AL GIORNO _____ OD TEGA ZADRŽAN OD DELA / DI CUI ASSENTE DAL LAVORO: _____ UR NA DAN / ORE AL GIORNO _____
KRAJ / LUOGO _____ DNE / IL _____	12 - INVALIDNOST / INVALIDITÀ INVALID / INVALIDITÀ DI _____ 1. I. kat. / I. categoria _____ 2. II. kat. / II. categoria _____ 3. III. kat. / III. categoria _____ _____ (podpis zdravnika / firma del medico)

(izpolni delodajalec / compila il datore di lavoro)

POTRDILO / CERTIFICATO

V letu / _____ oziroma v mesecih / _____ leta / _____ je /
Nel corso dell' anno / _____ *o dei mesi* / _____ *dell' anno* / _____
 bilo delavcu-ki za / _____ ur izplačanih / _____ EUR bruto /
dipendente sono state corrisposte per / _____ *ore lavorative le retribuzioni* / _____ *EUR lorde*
 plač in nadomestil (velja enak princip seštevka zneskov kot za dohodnino) / _____
ed indennità (si applica lo stesso principio di somma degli importi dell' imposta sul reddito delle persone fisiche).

Če bi delavec-ka v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, delal-a, bi znašala: /
Ammontare effettivo in presenza lavorativa da parte del lavoratore durante il mese per il quale è stato rilasciato il presente CERTIFICATO:

- urna osnova za delo _____ EUR, /
base oraria lavorativa
- dejanska mesečna delovna obveznost / _____ ur in bi bila razporejena na / _____ dni /
obbligo di lavoro mensile effettivo / _____ *ore distribuito nei* / _____ *giorni,*
- dejanska tedenska delovna obveznost / _____ ur in bi bila razporejena na / _____ dni /
obbligo di lavoro settimanale effettivo / _____ *ore distribuito nei* / _____ *giorni,*
- dejanska delovna obveznost ob sobotah (datum) / _____ po ur / _____ v /
obbligo di lavoro il sabato (data) / _____ *per ore* / _____ *negli*
 ostalih dneh tedna z delovno soboto bi delovna obveznost znašala _____ ur /
altri giorni della settimana con sabato lavorativo, l' obbligo di lavoro ammonterebbe a _____ *ore,*
- povprečna mesečna delovna obveznost _____ ur (vpis le ob fiksnem obračunu) /
obbligo di lavoro mensile medio / _____ *ore (trascrizione solo su un rendiconto fisso).*

Datumi delovnih sobot v preteklih 20/30 delovnih dneh (izpolniti je treba samo ob /
Sabati lavorativi negli ultimi 20/30 giorni lavorativi (è necessario compilare solo alla
 prvem prehodu izplačila v breme ZZS) / _____
prima transizione di pagamento a carico del ZZS):

V tekočem letu / _____ je bilo v breme delodajalca izplačano nadomestilo plače /
Nel corso dell' anno / _____ *il datore di lavoro ha provveduto al pagamento dell' indennità*
 za zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe izven dela za _____ delovnih dni /
per malattia o per infortuni fuori dal lavoro per / _____ *giorni lavorativi.*
 Nadomestilo za 80. delovni dan je bilo izplačano za dan / _____
L' indennità per il 80. giorno lavorativo è stata corrisposta per il giorno

žig /
 timbro

Kraj / _____ dne / _____
 Luogo / _____ il _____
 (podpis pooblaščenih oseb / firma della persona autorizzata)

(izpolni FURS / da compilare a cura dell' Amministrazione fiscale della Repubblica di Slovenia)

POTRDILO / CERTIFICATO

Za leto / _____ oziroma za mesece / _____ leta / _____
Per l' anno / _____ *rispettivamente per i mesi* / _____ *dell' anno*
 _____ je skupna osnova za plačilo prispevka za samostojnega zavezanca /
la base totale per il pagamento del contributo per contribuente autonomo ammontava a
 znašala / _____ EUR, in sicer za / _____ ur /
 _____ *vale a dire per* / _____ *ore.*

Osnova za plačilo prispevka bi za mesec zadržanosti od dela znašala /
La base per il pagamento del contributo, per un mese di assenza dal lavoro, ammonterebbe a
 _____ EUR, (upoštevajte raven osnove za mesec pred nastankom zadržanosti) /
 _____ *(considerare, il livello di base per il mese precedente al verificarsi dell' inizio dell' assenza*
 za / _____ ur /
dal lavoro) per / _____ *ore.*

žig /
 timbro

Kraj / _____ dne / _____
 Luogo / _____ il _____
 (podpis pooblaščenih oseb / firma della persona autorizzata)