

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) _____

(priimek / cognome) _____

(ime / nome) _____

(ulica, h. št. / via, numero civico) _____

POŠTA /
CODICE _____ KRAJ /
POSTALE _____ 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 _____

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 / SÍ _____ DA / SÍ _____ DA / SÍ _____

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 - ZDRAVSTVENE
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 / SÍ _____

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)