

Образац број 1 – ЗОПНД

ОПШТИНСКА - ГРАДСКА УПРАВА

Број:

**ЗАХТЕВ  
ЗА ВЕШТАЧЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ДЕТЕТА РАДИ ОСТВАРИВАЊА  
ПРАВА НА ОДСУСТВО СА РАДА ИЛИ РАДА СА ПОЛОВИНОМ ПУНОГ  
РАДНОГ ВРЕМЕНА ПО ОСНОВУ ПОСЕБНЕ НЕГЕ ДЕТЕТА**

\_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(име и презиме подносиоца захтева) (место)  
\_\_\_\_\_, број телефона \_\_\_\_\_,  
(адреса)

мејл адреса \_\_\_\_\_ у радном односу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(назив послодавца)

подносим захтев за вештачење здравственог стања детета,

\_\_\_\_\_  
(име и презиме детета)

рођеног \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_,  
(датум и година) (место)

у поступку остваривања права на одсуство са рада или рад са половином пуног радног времена, а ради упућивања надлежној комисији.

Уз захтев прилажем и медицинску документацију у складу са чланом 13. Правилника о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета.

Датум:

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)