



DIAMO, státní podnik
Sociální centrum
Sirotků 1145/7, Vítkovice
703 00 Ostrava

Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti v příčinné souvislosti s pracovním úrazem (PÚ) nebo nemocí z povolání (NzP)

pro účely výplaty náhrady za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti podle
**§ 195 zákona č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve smyslu § 364 odst. 4 až 6 zákona
č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění**

Potvrzuji, že pan(i)

jméno a příjmení:	
datum narození:	
trvale bytem	
byl(a) v pracovní neschopnosti od	do
pro následky PÚ nebo NzP ze dne	
léčení pro PÚ nebo NzP skončilo dne	

Dále potvrzuji, že celá pracovní neschopnost byla v jediné a příčinné souvislosti s PÚ nebo NzP, a že na délku pracovní neschopnosti nemělo vliv žádné jiné onemocnění.

_____ Datum

_____ Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Vyplněný formulář zašlete poštou na adresu:

DIAMO, státní podnik
Sociální centrum
Sirotků 1145/7, Vítkovice
703 00 Ostrava