



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

Potvrzení o zkrácené pracovní době

pro účely výplaty náhrady za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti (renta) 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 pacient(ka)

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
v současném zařazení jako	
<input type="checkbox"/> je	<input type="checkbox"/> není* schopen(a) pracovat na plný pracovní úvazek, ale pouze na <input type="text"/> hodiny denně,
a to v souvislosti s jeho (jejím) <input type="checkbox"/> pracovním úrazem <input type="checkbox"/> nemocí z povolání* ze dne <input type="text"/>	

*) Platnou variantu označte křížkem.

Datum

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Upozornění:

Potvrzení má platnost 1 rok, poté musí být nahrazeno aktuálním potvrzením.

Vyplněný formulář zašlete poštou na adresu:

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