



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

Č E S T N Ě P R O H L Á Š E N Í

pro účely výplaty náhrady za ztrátu na výdělek 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

Jméno a příjmení:	Datum narození:	
Adresa bydliště:		
Obec – dodací pošta:	PSČ	
Korespondenční adresa:		
Obec – dodací pošta:	PSČ	
Telefon:	E-mail:	
Čestné prohlášení *)		
Pobírám invalidní důchod I. nebo II. stupně	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Pobírám invalidní důchod III. stupně	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Byla mi změněna invalidita III. stupně na invaliditu I. nebo II. stupně (popř. odejmuta zcela, ale stále pobírám důchod v původní výši invalidního důchodu III. stupně)	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Byl(a) jsem uznán(a) v době do 31. 12. 2011 osobou zdravotně znevýhodněnou (v případě přiznané změněné pracovní schopnosti doložte rozhodnutí)	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Žádal(a) jsem si o starobní důchod za posledních 12 měsíců	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Žádal(a) jsem si o invalidní důchod nebo jeho změnu za posledních 12 měsíců	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Zároveň prohlašuji, že jsem si vědom(a) následků nepravdivě uvedených údajů, zejména pak povinnosti vrátit částky vyplacené v rozporu s výše uvedeným.		

Datum

Podpis příjemce renty

Vyplněný formulář zašlete poštou na adresu:

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

*) Platnou variantu označte křížkem.