



Potvrzení o zkrácené pracovní době

Potvrzuji, že pan/paní

rodné číslo

v současném pracovním zařazení jako

není schopen(-a) pracovat na plný pracovní úvazek, ale pouze na hodiny denně,

a to v souvislosti s jeho (jejím)* ☐ pracovním úrazem ☐ nemocí z povolání ze dne

*) Platnou variantu označte křížkem. ☒

Informace z oblasti ochrany osobních údajů naleznete na našich webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

Datum

Razítko a podpis poskytovatele pracovnělékařských služeb

POZNÁMKA

Za toto potvrzení poškozený(-á) uhradil(-a)

Kč

UPOZORNĚNÍ

Toto potvrzení je platné, je-li vyplněno poskytovatelem pracovnělékařských služeb zaměstnavatele, u kterého je zaměstnaný(á) výše jmenovaný(á) na zkrácenou pracovní dobu.

K proplacení poplatku za vystavení tohoto potvrzení je nutno dodat i příjmový doklad – stvrzenku.
Vyplněný formulář zašlete na jednu z adres

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P.O. Box 50, 664 42 Modřice

do Datové schránky **n6tetn3**

e-mailem na adresu **podatelna@koop.cz**