

Na osnovu člana 178. stav 2. Zakona o radu ("Službeni glasnik RS", br. 70/2001 i 73/2001),

Ministar za rad i zapošljavanje i ministar zdravlja i zaštite životne okoline, sporazumno donose

## **PRAVILNIK**

### **O NAČINU IZDAVANJA I SADRŽAJU POTVRDE O NASTUPANJU PRIVREMENE SPREČENOSTI ZA RAD ZAPOSLENOG U SMISLU PROPISA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

**(Objavljen u "Sl. glasniku RS", br. 1 od 14. januara 2002)**

#### **Član 1.**

Ovim pravilnikom uređuje se način izdavanja i sadržaj potvrde o nastupanju privremene sprečenosti za rad u smislu propisa o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: potvrda).

#### **Član 2.**

Potvrdu izdaje lekar koji je, po propisima o zdravstvenom osiguranju, ovlašćen da ceni privremenu sprečenost za rad.

U slučaju teže bolesti zaposlenog, potvrda se izdaje članu uže porodice ili drugom licu sa kojim živi u porodičnom domaćinstvu.

#### **Član 3.**

Potvrda sadrži obavezno:

1) identifikacione podatke, i to:

- (1) naziv zdravstvene ustanove, sedište i adresu,
- (2) ime i prezime zaposlenog, datum rođenja i lični - matični broj,
- (3) naziv poslodavca, sedište i adresu;

2) podatke o privremenoj sprečenosti za rad, i to:

- (1) datum početka privremene sprečenosti za rad,
- (2) osnov za privremenu sprečenost za rad,
- (3) dijagnozu bolesti,
- (4) očekivano vreme trajanja sprečenosti za rad;

3) potpis i faksimil lekara, overen pečatom zdravstvene ustanove.

#### Član 4.

Potvrda se izdaje na obrascu ZOR-H (list veličine 21 x 14,5 cm, boja štampe crna, hartija bela).

Obrazac iz stava 1. ovog člana odštampan je uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

#### Član 5.

Ovaj pravilnik stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije".

	Obrazac ZOR-H
--	---------------

.....(Naziv zdravstvene ustanove).....

.....(Sedište).....

Broj:

Datum:

### POTVRDA

#### O NASTUPANJU PRIVREMENE SPREČENOSTI ZA RAD ZAPOSLENOG U SMISLU PROPISA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Zaposleni..... (Ime i prezime)

....., rođen.....(Datum rođenja)

.....(lični - matični broj,

u radnom odnosu kod.....(Naziv poslodavca)

..... iz.....(Mesto).....(Ulica i broj)

..... privremeno je sprečen za rad, u smislu propisa o zdravstvenom osiguranju,

počev od.....(Datum)..... iz razloga.....(Osnov privremene sprečenosti za rad - dijagnoza MKB).....

Očekuje se da će privremena sprečenost za rad zaposlenog trajati do.....(Datum).....  
godine.

**M.P.**

<input type="text"/>	(Potpis i faksimil lekara)
----------------------	----------------------------