HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE | CROATIAN INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE

_____
(prijemni štambilj)

Ja, _____ rođ. _____, |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(broj osigurane osobe u Zavodu ili MBO)
iz _____, temeljem članka 14. stavak 2. podst. 2., 15. stavak 4. i 44. stavka 4. Zakona o rodiljnim i roditeljskim potporama ("Narodne novine" broj 85/08. i 110/08.), podnosim slijedeći

Z a h t j e v

I. Molim da mi se za djecu _____, rođ. _____,
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, _____, rođ. _____,
(broj osigurane osobe u Zavodu ili MBO)
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, _____, rođ. _____,
(broj osigurane osobe u Zavodu ili MBO)
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| odobri korištenje prava na:
(broj osigurane osobe u Zavodu ili MBO)

1. **roditeljski dopust** [1)], počevši od _____ 20__.g., u ukupnom trajanju od ___ mjeseci, odnosno _____ dana
2. **rad s polovicom punog radnog vremena** [1)], počevši od _____ 20__.g., u ukupnom trajanju od ___ mjeseci, odnosno _____ dana.

II. Molim da mi se naknada plaće isplaćuje na tekući račun otvoren kod _____, broj računa _____.

Uz zahtjev prilažem[1)]:

1. Presliku rodnih listova djece (kod prvog podnošenja zahtjeva ako Zavod istima ne raspolaže)
2. Obostranu Izjavu roditelja o korištenju roditeljskog dopusta od strane samo jednog roditelja (čl. 13. st. 4. Zakona)
3. Izjavu poslodavca o suglasnosti za početak korištenja traženog prava (čl. 48. Zakona)
4. Potvrda o plaći (ako je potrebno utvrditi novu osnovicu za naknadu plaće)

U _____, _____ 20__.

_____
(potpis podnositelja zahtjeva)

[1)] – potrebno zaokružiti