



## Potvrzení o zkrácené pracovní době

Potvrzuji, že pacient(-ka)

rodné číslo

v současném pracovním zařazení jako

je  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. ☒

Datum

.....  
razítko a podpis lékaře pracovnělékařské péče

### POZNÁMKA

.....  
.....  
.....

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

Kč

### UPOZORNĚNÍ

Toto potvrzení je platné, je-li vyplněno lékařem pracovnělékařské péče zaměstnavatele, u kterého je zaměstnaný(á) výše jmenovaný(á) na zkrácenou pracovní dobu s výslovným odvoláním na závěry komise LPK nebo na výsledky odborných vyšetření. **Potvrzení má platnost 1 rok, poté musí být nahrazeno aktuálním potvrzením.**

K proplacení poplatku za vystavení tohoto potvrzení je nutno dodat i příjmový doklad – stvrzenku.

**Vyplněný formulář zašlete na adresu**

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