|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Područna ustrojstvena jedinica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE RJEŠENJA ZBOG ODLUKE IZABRANOG DOKTORA U VEZI UTVRĐIVANJA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD**

|  |  |
| --- | --- |
| Podaci podnositelja zahtjeva |  |
| Ime i prezime |  |
| Adresa stanovanja |  |
| Telefon/mobitel |  |
| OIB |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Molim da mi se izda rješenje u upravnom postupku o opravdanosti odluke izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite o: | Označiti (✓) |
| Neutvrđivanju privremene nesposobnosti/spriječenosti za rad s danom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |  |
| Utvrđivanju prestanka privremene nesposobnosti za rad započete dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, s danom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |  |
| Promjeni dijagnoze bolesti tijekom trajanja utvrđene privremene nesposobnosti s danom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |  |

Uz zahtjev prilažem:

1. Medicinska dokumentacija – preslika

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (mjesto) (datum)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis podnositelja zahtjeva)

**Napomena:** *Ovaj obrazac nije službena tiskanica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te služi isključivo kao pomoć osiguranoj osobi prilikom podnošenja zahtjeva u upravnom postupku.*

*Svoj zahtjev za pokretanje postupka stranka može neposredno podnijeti javnopravnom tijelu u pisanom obliku ili usmeno na zapisnik, a može takav zahtjev poslati poštom ili dostaviti elektroničkim putem.*