

**VLOGA ZA UVELJAVLJANJE OLAJŠAVE ZA DOLGOTRAJNEJŠO
BOLNIŠKO ODSOTNOST OTROKA IZ VRTCA**

Podatki o vlagatelju:

IME IN PRIIMEK : _____

STALNO PREBIVALIŠČE: _____

Podatki o otroku:

IME IN PRIIMEK: _____

NAVEDBA ODDELKA: _____

NEPREKINJENA ODSOTNOST OTROKA ZARADI BOLEZNI JE TRAJALA OD

_____ **DO** _____, **SKUPAJ** _____ **DELOVNIH DNI.**

(Za uveljavljanje dodatnega znižanja plačila se upošteva odsotnost otroka zaradi bolezni, ki traja neprekinjeno najmanj 15 delovnih dni).

Kraj in datum:

Podpis vlagatelja:

OBVEZNA PRILOGA:

- zdravniško potrdilo