

**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