

## IZJAVA

### O ČASU ODSOTNOSTI Z DELA ZARADI OPRAVLJENE ZDRAVSTVENE STORITVE

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_ izjavljam, da sem bil zaradi  
(ime in priimek)

- opravljanja zdravstvene storitve
- spremstva

z dela odsoten dne \_\_\_\_\_ v trajanju \_\_\_\_\_ ur.  
(datum) (število ur)

V čas odsotnosti je všteta pot do lokacije opravljanja zdravstvene storitve in nazaj domov, čakanje in trajanje pregleda.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

## IZJAVA

### O ČASU ODSOTNOSTI Z DELA ZARADI OPRAVLJENE ZDRAVSTVENE STORITVE

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_ izjavljam, da sem bil zaradi  
(ime in priimek)

- opravljanja zdravstvene storitve
- spremstva

z dela odsoten dne \_\_\_\_\_ v trajanju \_\_\_\_\_ ur.  
(datum) (število ur)

V čas odsotnosti je všteta pot do lokacije opravljanja zdravstvene storitve in nazaj domov, čakanje in trajanje pregleda.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_