



АКЦИОНАРСКО ДРУШТВО
ЕЛЕКТРОМРЕЖА СРБИЈЕ



ПРИЈАВА ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ У 2024. ГОДИНИ

Име и презиме: _____, матични број у ЕМС АД: _____,

Део Друштва (Погон/Сектор/Центар): _____,

назив радног места: _____. На основу дијагнозе са прегледа
и индикација бања даје се препорука лекара специјалисте медицине рада за једну од бања
из синдикалне понуде: _____.

Термин коришћења бањске рехабилитације (10 дана у једном од следећих понуђених месеци
у 2024. години: **април, мај, јун, септембар, октобар, новембар, децембар**).

Рехабилитацију желим да користим од _____ до _____

**Одсуствовање са посла наведеног запосленог у добијеном термину коришћења
бањске рехабилитације не ремети процес рада. Потврђује и његово одсуство одобрава**

Непосредни руководиоца:



РЕХАБИЛИТАЦИЈА 2024.

Име и презиме: _____ Матични број: _____

Део Друштва: _____

АДМИНИСТРАТИВНА ЗАБРАНА

На основу Одлуке Ресора за стандард, превенцију радне инвалидности, спортску рекреацију и културу Синдиката ЕМС и на захтев запосленог да му се одобри коришћење услуга превенције радне инвалидности, лечења и медицинске рехабилитације доносим следеће:

РЕШЕЊЕ

о стављању административне забране на зараду запосленог _____, мат. број у ЕМС АД: _____, део Друштва _____, у износу од _____ дин. (10% за корисника рехабилитације - члана СЕМС, односно 30% за остале запослене у ЕМС АД), с тим што ће се обустава извршити у четири једнаке месечне рате, до коначне исплате дуга, почев од зараде за месец _____ 2024. године.

Одговорно лице за
финансијску службу

Председник Ресора

Дејан Стевковић

ОВИМ ИЗЈАВЉУЈЕМ ДА САМ САГЛАСАН ДА МИ СЕ ОД ЗАРАДЕ ОДБИЈАЈУ ОБУСТАВЕ ПО ОВОМ РЕШЕЊУ.

Датум: _____

Потпис запосленог