

\_\_\_\_\_  
(Назив послодавца)

\_\_\_\_\_  
(Регистарски број)

\_\_\_\_\_  
(Седиште и адреса послодавца)

\_\_\_\_\_  
(ПИБ)

Број: \_\_\_\_\_  
Датум: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_  
(МБЈР)

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА/СЛУЖБА ФИЛИЈАЛЕ \_\_\_\_\_

**ЗАХТЕВ**  
**ЗА ПОВЕЗИВАЊЕ СТАЖА ЗАПОСЛЕНИМА И БИВШИМ ЗАПОСЛЕНИМА У ПРЕДУЗЕЋИМА ЗА**  
**ПРОФЕСИОНАЛНУ РЕХАБИЛИТАЦИЈУ И ЗАПОШЉАВАЊЕ ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ**  
**(ИНВАЛИДСКА ПРЕДУЗЕЋА) ЗА КОЈЕ ПОСЛОДАВАЦ НИЈЕ УПЛАТИО ДОПРИНОС ЗА ПЕНЗИЈСКО**  
**И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ**

На основу Процедуре о повезивању стажа осигурања запосленима и бившим запосленима у субјектима приватизације и инвалидским предузећима који не могу да остваре право на пензију, а у вези са Закључком Владе 05 Број: 113-3475/2022 од 28. априла 2022.године, подносим захтев за регулисање доприноса за \_\_\_\_\_ запослених и бивших запослених наведених у списку који се доставља уз захтев .

Уз захтев се за лица наведена у списку прилажу:

1. Докази о запослењу (уговор о раду или одлука, односно решење о заснивању радног односа, фотокопија радне књижице)-прилаже се уколико није регистрована пријава на осигурање;
2. Фотокопија потврде о поднетој пријави – одјави са осигурања (Образац М-ЗА, М-А)-прилаже се уколико није регистрована пријава на осигурање;
3. Изјава запосленог / бившег запосленог да прихвата регулисање доприноса;
4. Уверење о периодима бенефицираног стажа;
5. Потврда надлежног суда да запослени и бивши запослени није поднео тужбу за потраживања из радног односа. Ако је тужба поднета, доказ о повлачењу исте, а ако је по усвојеном тужбеном захтеву донета пресуда, извршна пресуда или решење о извршењу, решење о одустајању од тужбеног захтева, од извршне пресуде, односно од решења о извршењу.
6. Решење о раскиду радног односа;
7. Потврда Националне службе за запошљавање (НСЗ) да се бивши запослени налази на евиденцији НСЗ и да има право на новчану накнаду;
8. Сагласност бившег запосленог да Фонд ПИО након утврђивања стажа осигурањ изд потврду НСЗ.

Укупан број прилога: \_\_\_\_\_

Лице за контакт, контакт телефон и е-маил.

Број: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

Примио: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Потпис лица овлашћеног за заступање)