
(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) КОЈИ НЕ МОГУ ДА ОСТВАРЕ ПРАВО НА ПЕНЗИЈУ

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 401-6303/2015-2 од 18. јуна 2015. 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);
2. Фотокопија потврде о поднетој пријави – одјави са осигурања (Образац М-3А, М-А);
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.

Укупан број прилога: _____

Лице за контакт, контакт телефон и и-мејл.

Број: _____

Датум: _____

Примио: _____

(Потпис лица овлашћеног за заступање)