



**ЗАХТЕВ
за коришћење РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ 2024**

Подаци о подносиоцу молбе

ЕДС

кадровски број

Презиме и име	
Број моб. телефона	
Назив радног места	
Дужина радног стажа у ЕПС групи и ЕДС	
Радно место са повећаним ризиком или са стажом од најмање 15 год. на таквом радном месту	ДА НЕ

План коришћења РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ

РЕХ. Центар у систему РФЗО, по препоруци лекара ПРЕПОРУКА 1	
РЕХ. Центар у систему РФЗО, по препоруци лекара ПРЕПОРУКА 2	
Термин за коришћење	
Резервни термин за коришћење	

СМЕШТАЈ (заокружити тип смештаја који желите да користите)	<ul style="list-style-type: none">• Једнокреветна• Двокреветна• Вишекреветна
Теже обољење	ДА НЕ
Повреда на раду (у текућој или претходној години)	ДА НЕ

Подаци о особама које користе рехабилитацију (Уписати себе под редним бројем 1, а потом особе које финансирају)

	Име и презиме	бр. ЛК.	ЈМБГ	
1				
2				
3				

(датум)

(потпис подносиоца молбе)

Запослени који предаје захтев за коришћење рехабилитације уз захтев прилаже упут лекара специјалисте, изабраног лекара или лекара Медицине рада. **Захтеве за рехабилитацију без пратеће документације неће се разматрати.**

У случају да запослени из неоправданих разлога и без обавештења синдиката напусти РХ центар, превремено у односу на период на који је упућен, сноси трошкове рехабилитације у пуном износу и губи право коришћења рехабилитације у наредних пет година.

молбу примио: