

**ПОТВРДА**

**О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ — ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА**

МФ

1	Матични — лични број осигуранина		1001257115052	22
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса		6003104353	32

ВК **1 1 2** 35

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	SLAVUJEVIĆ JELANA			60	
4	Датум рођења	дан	месец	година	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		10	01	1957		
5	Пол	мушки	женски	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		1	2			
6	Школска спрема	Градјевински факултет			70	
7	Посебни подаци	Да ли је	слеп	да	не	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			1	2		
			дистрофичар	да	не	
			1	2		
			цивилна жртва рата (70%)	да	не	
1	2					
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	Институт за путеве—ОУР Завод за прој. "Траса"			74	
		војни инвалид	да	не		
		1	2			

Напомена: освенчена делове не попуњава подносилац пријаве — одјаве,

ВК **1 1 1** 35

9	Радно време осигуранина	42	часова седмично	39			
10	Основ осигурања	radni odnos			41		
11	Занимање	Priprevnik			45		
12	Стручно образовање	Visoko струčno obrazovanje			46		
13	Стручна спрема за обављање одређених послова, односно радних задатака	Visoka струčna sprema			47		
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан	месец	година	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		01	01	1983.			
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не	да	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
		0	0				
16	У колико је организација запослен	0	2	3	4	5	55
17	Датум престанка претходног запослења	ОР/САП		датум		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		-		-			
18	Да ли је остварио право из пензијског и инвалидског осигурања	не	старосна пензија	инвалидска пензија	војна пензија	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		0	1	2	3		
19	Датум престанка осигурања и основ престанка				59	70	

ШИФРА ДЕЛАТ. ООУР **1 2 0 2 0 2**      ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА **Miloš**

МЕСТО **Bеоград**      УЛИЦА И БРОЈ **Беве Текелије 10**      ОПШТИНА **Vраћер**      С. РЕПУБЛИКА — САП **Србије**

ПРИЈАВА	Број		ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОДИЦЕ			Датум рођења			СРОДСТВО
	Датум		дан	месец	година	дан	месец	година	
ОДЈАВА	Број		13. 1. 1983						
	Датум								
Примљено									
Проверено									

Потпис подносиоца пријаве,

У \_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_ год.