_____
(prezime, ime oca i ime)

_____
(datum rođenja ili broj lične karte)

_____
(naziv firme)

_____
(ID broj)

_____
(adresa)

I Z J A V A

Ja, dole potpisani/a _____vlasnik/ca_____, izjavljujem pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću da nisam obavljao/la djelatnost počevši od ___. ___. 20___.godine, kada je bio prvi dan spriječenosti za rad zbog bolesti.

_____

(izjavu dao/la)

U_____, dana ___.___.20___.godine