

КОМИСИЈА ЗА УПУЋИВАЊЕ ЗАПОСЛЕНИХ  
У РЕХАБИЛИТАЦИОНЕ ЦЕНТРЕ

Пријава за Рекреацију  
Грчка - Полихроно  
Од 16.06. до 26.06.2026 године

Име и Презиме: \_\_\_\_\_

ЈМБГ: \_\_\_\_\_ САП бр. \_\_\_\_\_

Мат.бр. \_\_\_\_\_ Место рада: \_\_\_\_\_

Број пасоша: \_\_\_\_\_

Члан породице: \_\_\_\_\_

Члан породице: \_\_\_\_\_

Број пасоша члана породице: \_\_\_\_\_

Број пасоша члана породице: \_\_\_\_\_

Контакт телефон: \_\_\_\_\_

Уз пријаву обавезно доставити и фотокопије прве стране пасоша.

**У случају да из неоправданих разлога не искористим одобрено путовање, прихватам да надокнадим настале трошкове путем обуставе од зараде.**

**Сагласан сам да се под оправданим разлозима за неодлазак сматрају само оне околности чије се наступање није могло предвидети, избећи нити спречити (болест, смртни случај у породици, елементарне непогоде и сл.).**

Подносилац пријаве:

Дана: \_\_\_\_\_

Након детаљног сагледавања потреба процеса рада, дајем сагласност да у наведеном периоду запослени одсуствује са рада ради упућивања на опоравак у циљу превенције радне инвалидности.

САГЛАСАН РУКОВОДИЛАЦ

\_\_\_\_\_