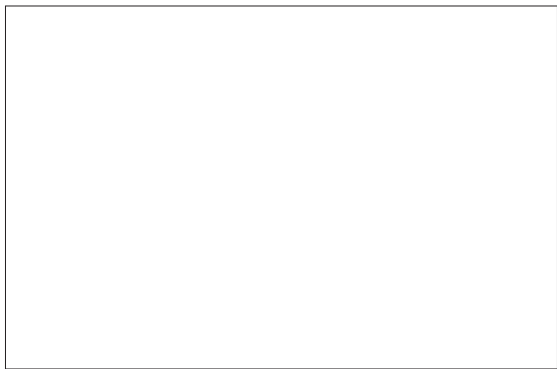


HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PODRUČNOJ SLUŽBI /
PODRUČNOM UREDU U

SREDIŠNJOJ SLUŽBI



**ZAHTEJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA ZA SAMOSTALNOG OBVEZNIKA
DOPRINOSA NAKON PRESTANKA OSIGURANJA**

OSOBNI PODACI PODNOSITELJA ZAHTEJEVA

PREZIME (ime oca) i IME													
DJEVOJAČKO PREZIME													
DATUM ROĐENJA													
MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA													
OIB													
MATIČNI BROJ GRAĐANA													
SPOL	Muški						Ženski						
OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)													
ADRESA													

Molim da mi na temelju članka 10. točke 1. Pravilnika o utvrđivanju staža osiguranja na temelju plaćenih doprinosa za mirovinsko osiguranje (Narodne novine, broj 12/14) izdate potvrdu o utvrđenom stažu osiguranja na temelju plaćenih doprinosa za osiguranje u slučaju nezaposlenosti.

Uz zahtjev prilažem izdanu potvrdu / elektronički zapis i sljedeće dokaze :

U datum

Podaci za kontakt

tel.:

mob.:

e-mail:

Podnositelj zahtjeva *

* Svojim potpisom odgovaram za točnost navedenih podataka te dajem suglasnost HZMO-u za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim ustanovama.