

Číslo poisťnej udalosti:

Dátum spísania žiadosti v pobočke Sociálnej poisťovne	Dátum doručenia do Sociálnej poisťovne, pobočka
---	---

Žiadosť o poskytnutie rekvalifikácie
(§ 97 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení)

 pracovný úraz
 choroba z povolania

1.	Žiadateľ		
1.1	Priezvisko, meno, titul	Rodné priezvisko	Telefonický kontakt
1.2	Rodné číslo	Štátna príslušnosť	
1.3	Trvalé bydlisko – ulica, číslo, obec, PSČ, okres Prechodné bydlisko - ulica, číslo, obec, PSČ, okres		
1.4	Doterajšie povolanie		
1.5	Ukončené vzdelanie		
1.6	Žiadam o rekvalifikáciu na:		
1.7	Rekvalifikačné žiadam poukazovať na účet – číslo/kód banky*		Vzťah k majiteľovi účtu ¹
	v hotovosti poštovým poukazom na výplatu na adresu:*		
1.8	Poberám:	invalidný dôchodok <input type="checkbox"/>	predčasný starobný dôchodok <input type="checkbox"/>
		úrazovú rentu <input type="checkbox"/>	starobný dôchodok <input type="checkbox"/>

2.	Zamestnávateľ zodpovedný za PÚ/ChzP
2.1	Názov a právna forma
2.2	Adresa
2.3	IČO

Vyhlasenie

Vyhlasujem, že som nezatajil(a) žiadnu rozhodujúcu skutočnosť na priznanie rekvalifikácie a výplatu rekvalifikačného. Som si vedomý právnych následkov nepravdivého vyhlásenia.

 podpis žiadateľa

*hodiace sa označte "x"

* vybrať si jednu z možností

¹ V prípade, že poberateľ rekvalifikačného nie je majiteľom uvedeného účtu, uvedie vzťah poberateľa k majiteľovi uvedeného účtu (§ 117 ods. 1 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov).