

ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР УЖИЦЕ
М. Обреновића бр. 17, 31000 Ужице
☎ (031) 599-599, факс: (031) 599-507
E-mail: generalnizc@zcue.rs
ПИБ 101624872
МАТИЧНИ БРОЈ 07414455
ШИФРА ДЕЛАТНОСТИ 8610

Република Србија
ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР
0106 14719
26.12.2025 год
Ужице
ул. Милоша Обреновића 17
Тел. 031 - 599555



На основу члана 192. став 1. тачка 1. Закона о раду, у вези са чланом 52. став 4. Посебног колективног уговора за здравствене установе чији је оснивач Република Србија, аутономна покрајина или јединица локалне самоуправе, и члана 23. Статута Здравственог центра Ужице, вд директор Здравственог центра Ужице доноси

ОДЛУКУ

о ближим условима за коришћење плаћеног одсуства
ради медицинске рехабилитације

I Запослени који због свог здравственог стања жели да користи плаћено одуство ради рехабилитације из медицинских разлога (10 радних дана), Захтев подноси на прописаном Обрасцу 1 (Образац 1 је саставни део ове одлуке) уз који је дужан да приложи следећу документацију:

1. Писани захтев запосленог (уредно попуњен на Обрасцу 1.)
2. Предлог специјалисте медицине рада за потребом спровођења рехабилитације запосленог.
3. Потврду здравствене установе о термину и месту рехабилитације, са наведеним датумом почетка и трајања рехабилитације, који је у сагласности са датумом трајања плаћеног одсуства из захтева запосленог (на Обрасцу 1.)
4. Доказ о резервацији смештаја ако се рехабилитација спроводи ван места пребивалишта запосленог, а смештај није обезбедила установа која спроводи рехабилитацију.

Наведено из става I ове Одлуке, запослени доставља свом начелнику / непосредном руководиоцу на сагласност. Начелник/ непосредни руководилац, уколико се процес рада може организовати без ангажовања новог запосленог, даје сагласност на захтев. У том случају запослени комплетну документацију уз сагласност начелника / непосредног руководиоца, предаје у писарницу своје ОЈ за директора ОЈ на одлучивање.

Директор ОЈ разматра поднети захтев и достављену документацију и израђује се Решење о плаћеном одсуству запосленом, односно Решење о одбијању/одбацивању захтева.

II Запослени је обавезан да у случају одобреног плаћеног одсуства од 10 радних дана, најкасније у року од 3 радна дана по повратку са рехабилитације, достави начелнику/ непосредном руководиоцу своје Службе следећи:

1. Извештај или други доказ од здравствене установе о обављеној рехабилитацији.

III Недостављање наведеног из става II ове Одлуке, сматраће се неиспуњавањем услова под којима је рехабилитација одобрена, о чему ће начелник/ непосредни руководилац службе сачинити пријаву директору ОЈ, након чега ће се спровести дисциплински поступак против запосленог.

IV Одлука ступа на снагу и примењује се, почев од 01.01.2026. године. Одлуку објавити на Огласној табли ЗЦ, као и на Огласној табли ОЈ.

Доставити:

- Директорима ОЈ;
- Персоналној служби ОЈ;
- Обрачунској служби ОЈ;
- и/и

ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР УЖИЦЕ
ВД ДИРЕКТОР
Др Александар Лазић

Образац 1.

ОЈ _____

Служба / Одсек: _____

- ДИРЕКТОРУ ОЈ

ПРЕДМЕТ: Захтев за одобрење плаћеног одсуства ради медицинске рехабилитације
(10 радних дана)

На основу члана 52. став 4. Посебног колективног уговора, молим да ми се одобри плаћено одсуство од 10 радних дана ради рехабилитације из медицинских разлога.

Уз овај захтев, прилажем следећу документацију:

1. Предлог специјалисте медицине рада о оправданости спровођења медицинске рехабилитације,
2. Потврду здравствене установе о термину и месту рехабилитације, са датумом почетка и трајања који је у сагласности са датумом трајања плаћеног одсуства из овог захтева,
3. Доказ о резервацији смештаја, ако се рехабилитација спроводи ван места пребивалишта, а смештај није обезбедила установа која спроводи рехабилитацију.

(заокружити горе наведену документацију под 1,2,3)

Уколико ми се одобри ова врста плаћеног одсуства, исто ћу користити у периоду од _____ године до _____ године. (10 радних дана)

Име и презиме подносиоца захтева:

Запослен/а на пословима: _____

Служба: _____

Контакт телефон: _____

Дана: _____

Напомена:

(уколико је неопходно - попунити)

САГЛАСАН НАЧЕЛНИК:

САГЛАСАН ДИРЕКТОР ОЈ:

Име, презиме, потпис
(попуњава- начелник/непосредни руков.)
