**Egészségkárosodott munkavállaló pótszabadság igénybevételéről**

A Munka Törvénykönyve 120.§. értelmében a munkavállalónak, ha fogyatékossági támogatásra vagy vakok személyi járadékára jogosult, illetve ha megváltozott munkaképességű1 , évente öt munkanap pótszabadság jár.

**Nyilatkozat**

Név: ……………………………………………………

Szervezeti egység: …………………………………….

Adóazonosító jel:………………………………………

nyilatkozom, hogy

⎕ fogyatékossági támogatásban részesülök,

⎕ vakok személyi járadékában részesülök,

⎕ megváltozott munkaképességű személy vagyok.

A fentiek alapján kérem az egészségkárosodásom után a **20**………………évre járó pótszabadság részemre történő megállapítását.

**Jelen nyilatkozathoz, az egészségkárosodásról szóló igazolás/fogyatékossági támogatás megállapításáról/vakok személyi járadékának megállapításáról szóló igazolás fénymásolatát kérjük becsatolni!**

Kelt: 20…………………………

 ……………………………….…………

 közalkalmazott aláírása

1 Megváltozott munkaképességű személy: a rehabilitációs hatóság vagy jogelődjei által végzett hatályos minősítés alapján

* akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60 százalékos vagy kisebb mértékű,
* aki legalább 40 százalékos egészségkárosodással rendelkezik, az erről szóló szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás, hatósági bizonyítvány, minősítés időbeli hatálya alatt,
* akinek a munkaképesség-csökkenése 50-100 százalékos mértékű, az erről szóló szakvélemény időbeli hatálya alatt, vagy
* rokkantsági ellátásban részesül.