

2. pielikums

Darbnespējas lapa A Iesniedzama darba devējam								
Pirmreizēja/Lapas Nr. _____ turpinājums (attiecīgo pasvītrot)	Reģistrācijas Nr. _____							
_____ (ārsta vārds un uzvārds)	_____ (ārsta prakses reģistrācijas Nr.)							
_____ (prakses vieta, adrese vai ārstniecības iestādes nosaukums, iestādes kods un adrese)								
Izsniegta _____ (datums)	Z.v. _____							
_____ (darbnespējīgās personas vārds un uzvārds)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Vir.</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Siev.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(attiecīgo atzīmēt)</td> </tr> </table>		Vir.	Siev.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(attiecīgo atzīmēt)	
Vir.	Siev.							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
(attiecīgo atzīmēt)								
Personas kods <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
_____ (darbavieta)								
Pārejošas darbnespējas cēlonis: <input type="checkbox"/> saslimšana ar tuberkulozi <input type="checkbox"/> arodslimība <input type="checkbox"/> nelaimes gadījums darbā <input type="checkbox"/> cits cēlonis								
Atzīmes par ārsta noteiktā režīma pārkāpšanu:								
_____ (ārsta paraksts)								
ATBRĪVOŠANA NO DARBA (uzrādīt laiku no 1. līdz 14. dienai ieskaitot)								
No kura daruma	Līdz kuram datumam ieskaitot	Ārsta paraksts						
No _____	līdz _____	_____						
No _____	līdz _____	_____						
No _____	līdz _____	_____						
JĀSTĀJAS DARBĀ		DARBNESPĒJA TURPINĀS						
No _____ (datums (vārdiem))		No _____ (datums)						
_____ (ārsta amats, paraksts un tā atšifrējums)								
Z.v. _____								

3. pielikums

Darbnespējas lapa B Iesniedzama sociālās apdrošināšanas aģentūras filiālē			
Pirmreizēja/Lapas Nr. _____ (attiecīgo pasvītrot)		Reģistrācijas Nr. _____	
_____ (ārsta vārds un uzvārds)		_____ (ārsta prakses reģistrācijas Nr.)	
_____ (prakses vieta, adrese vai ārstniecības iestādes nosaukums, iestādes kods un adrese)			
Izsniegta _____ (datums)		Z.v. _____	
_____ (darbnespējīgās personas vārds un uzvārds)			Vīr. <input type="checkbox"/> Siev. <input type="checkbox"/> (attiecīgo atzīmēt)
Personas kods <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>			_____ (mājas adrese, pasta nodaļa)
Pārejošas darbnespējas cēlonis: <input type="checkbox"/> saslimšana ar tuberkulozi <input type="checkbox"/> arodslimība <input type="checkbox"/> grūtniecība <input type="checkbox"/> dzemdības <input type="checkbox"/> nelaimes gadījums darbā <input type="checkbox"/> cits cēlonis <input type="checkbox"/> slima bērna kopšana <input type="checkbox"/> slima bērna kopšana stacionārā			
_____ (bērna vārds un uzvārds)		Bērna personas kods <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Atzīmes par ārsta noteiktā režīma pārkāpšanu: _____ (ārsta paraksts)			
ATBRĪVOŠANA NO DARBA			
No kura daruma No _____ No _____ No _____	Līdz kuram datumam ieskaitot līdz _____ līdz _____ līdz _____	Ārsta paraksts _____ _____ _____	Piešķirta invaliditāte _____ Z.v. (datums) VDEĀK priekšsēdētājs _____ (paraksts un tā atšifrējums)
JĀSTĀJAS DARBĀ No _____ (datums (vārdiem))		DARBNESPĒJA TURPINĀS No _____ (datums (vārdiem))	
Pirmā darbnespējas diena (ziņas no ierīkšējās A vai B darbnespējas lapas, ja tāda ir) _____ (datums)		_____ Z.v. (ārsta amats, paraksts un tā atšifrējums)	

2. puse

DARBA DEVĒJA INFORMĀCIJA	
<p>I. Apstiprinu, ka darbinieks darbnespējas laikā neieradās darbā (ieskaitot pirmās 14 darbnespējas dienas) no _____ līdz _____ . (datums) (datums)</p> <p>Izmantoja atvaļinājumu bez darba algas saglabāšanas, ikgadējo atvaļinājumu, kas sakrīt ar darbnespējas periodu, no _____ līdz _____ . (datums) (datums)</p> <p>_____ (uzņēmuma (uzņēmējiesabiedrības), organizācijas, iestādes pilns nosaukums)</p> <p>Apdrošinātāja numurs _____ Darba devējs _____ Z.v. (paraksts un tā atšifrējums)</p>	
<p>II. Apstiprinu, ka darbinieks darbnespējas laikā neieradās darbā (ieskaitot pirmās 14 darbnespējas dienas) no _____ līdz _____ . (datums) (datums)</p> <p>Izmantoja atvaļinājumu bez darba algas saglabāšanas, ikgadējo atvaļinājumu, kas sakrīt ar darbnespējas periodu, no _____ līdz _____ . (datums) (datums)</p> <p>_____ (uzņēmuma (uzņēmējiesabiedrības), organizācijas, iestādes pilns nosaukums)</p> <p>Apdrošinātāja numurs _____ Darba devējs _____ Z.v. (paraksts un tā atšifrējums)</p>	
PAŠNODARBINĀTĀS PERSONAS INFORMĀCIJA	
<p>Apstiprinu, ka nevarēju strādāt un gūt ienākumus sakarā ar darbnespēju no _____ līdz _____ . (datums) (datums)</p> <p>Apdrošinātāja numurs _____ Pašnodarbinātā persona _____ (paraksts un tā atšifrējums)</p>	

