**KÉRELEM A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI MEGÁLLAPODÁS SZERINTI SZOLGÁLATI/BIZTOSÍTÁSI IDŐ FIGYELEMBEVÉTELÉRE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A kérelmezővel kapcsolatos információk** | | | | |
| Keresztnév: |  | | | |
| Családi név: |  | | | |
| Leánykori és egyéb családi nevek: |  | | | |
| EMŠO (Személyi szám:): |  | | | |
| Állampolgárság: |  | | | |
| JMBG/EMBG (jedinstveni matični broj građana/edinstven matičen broj na graѓaninot): |  | | | |
| Más állampolgárságok: |  | | | |
| **A Szlovén Köztársasággal megkötött társadalombiztosítási megállapodással rendelkező országban történő foglalkoztatással és biztosítással kapcsolatos információk:** | | | | |
| Beszámítják a következő országban teljesített szolgálati/biztosítási időt: | □ Bosznia és Hercegovina | □ Észak-Macedónia | □ Szerbia | □ Montenegró |
|  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Munkaadó/biztosító – a cég/intézmény neve és címe | Kezdő dátum | Záró dátum |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

|  |
| --- |
| **A kérelmező nyilatkozatai:** |
| * Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy Az általános közigazgatási eljárásról szóló törvény 66. és 139. cikke értelmében A SzK Foglalkoztatási Intézetének az eljárást lefolytató hivatalos személye a tényállás és a döntéshozatal szempontjából releváns tények megállapításához szükséges fontos adatokat a hivatalos nyilvántartásból szerzi be, és ezt nem tiltom meg. |
| * Alulírott hozzájárulok, hogy A SzK Foglalkoztatási Intézete a jelen nyilatkozatban megadott személyes adataimat A személyes adatok védelméről szóló törvény 8. cikke alapján, a Szlovén Köztársasággal társadalombiztosítási megállapodást kötött országban szerzett biztosítási időszakok ellenőrzése céljából dolgozza fel. |
| * **Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatban megadott valamennyi információ valós, pontos és teljes, és hogy teljes anyagi és büntetőjogi felelősséget vállalok a nyilatkozatomért.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dátum: |  | Aláírás: | |  |
|  | |  | | (A kérelmező vagy a meghatalmazott aláírása) |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Kötelező mellékletek: | | | 1. a munkakönyv összes megjelölt oldalának fénymásolata; 2. ha nem rendelkezik munkakönyvvel és/vagy egyéb bizonyítékkal, töltse ki a Nyilatkozat a más országban szerzett foglalkoztatási és biztosítási időszakokról (a továbbiakban: Nyilatkozat - Megállapodás) dokumentumot. | |
| Egyéb bizonyítékok: | | | 1. egy másik ország illetékes biztosítási intézménye által kiállított nyilatkozat a biztosítási időszakokról (MIO/PIO Szövetségi Intézet, Szerbia köztársasági PIO alapja, Montenegrói PIO Alap, az RSM PIO Alapja); 2. a munkáltatótól kapott igazolás; 3. munkaszerződés; 4. a BiH pénzügyigazgatóság igazolása JS 3610 Uvjerenje o osiguranju; 5. A Centralni registar obaveznog socijalnog osiguranja - CROSO (Szerbia) tanúsítványa. | |
| A kitöltött és aláírt nyilatkozatot:   * elküldheti postán a következő címre: Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (A Szlovén Köztársaság Foglalkoztatási Intézete), Rožna dolina, Cesta IX/6, 1000 Ljubljana vagy * elküldhető a következő e-mail címre: gpzrsz@ess.gov.si, illetve * személyesen átadhatja vagy az Intézet bármelyik szervezeti egységének postaládájába dobhatja (https://www.ess.gov.si/o\_zrsz/naslovi\_in\_uradne\_ure). | | | | |

**Kérjük, jól olvasható másolatokat csatoljon. Amennyiben ez nem lehetséges, kérjük, töltse ki a fenti Nyilatkozat - Megállapodás űrlapot.**