**POTVRDENIE SOCIÁLNEJ POISŤOVNE TOM, ŽE NEVZNIKOL NÁROK
NA VÝPLATU TEHOTENSKÉHO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko poistenkyne:** |  |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  |
| **Dátum narodenia:** |  |

Potvrdzujeme, že menovaná poistenkyňa nespĺňa podmienky nároku na tehotenské v zmysle ust. § 47a zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť menovanej pre účely priznania tehotenského štipendia podľa ust. § 96b zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Dátum: .....................................................

 ..........................................................................

 odtlačok pečiatky Sociálnej poisťovne

 a podpis zodpovedného zamestnanca