

Potvrzení o soustavné přípravě studenta na budoucí povolání

Údaje o studujícím

Jméno: _____ Datum narození studenta: _____
Příjmení: _____ Rodné číslo studenta: _____

Údaje o studiu

Forma studia: Denní / prezenční Dálkové Kombinované Distanční Večerní

Název školy / školského zařízení: _____

Typ studia:

Středí škola / vyšší odborná škola / konzervatoř

Vysoká škola

Střední nebo vysoká škola v cizině

Teoretická a praktická příprava pro
zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením

Délka studia:

Studium je leté

Předpokládané ukončení studia / (měsíc / rok)

Ve školním roce studuje od do

ročník uvedeného typu a formy studia

Prohlášení

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsou uvedeny v tomto potvrzení, jsou pravdivé. Beru na vědomí, že potvrzení o studiu jsem po vyplnění povinen/ povinna poskytnout plátcí důchodu na adresu: **ČSSZ, Křížová 25, 225 08 Praha 5**, případně na jakoukoliv **OSSZ**. Beru na vědomí, že nebude-li stanovená lhůta dodržena, bude dávka odejmuta. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a, že dle § 50 odst. 1 zák. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, **jsem povinen/povinna písemně ohlásit ČSSZ do 8 dnů** skutečnosti rozhodné pro trvání nároku na dávku (tzn. přerušeni studia či předčasné ukončení studia).

V případě ukončení nebo přerušeni studia máte ze zákona **OHLAŠOVACÍ POVINNOST** tuto změnu nahlásit ČSSZ do 8 dnů.

Prohlašuji, že po dobu studia ve formě dálkové, kombinované, distanční a večerní, nevykonávám výdělečnou činnost v rozsahu zakládajícím účast na důchodovém pojištění a ani nepobírám podporu v nezaměstnanosti či podporu při rekvalifikaci.

Datum: _____ Rodné číslo osoby, které je důchod vyplácen: _____ Podpis: (za nezl. dítě rodič či zákonný zástupce): _____

Vyplňuje škola

Jméno a příjmení zástupce školy:

Razítko školy / školského zařízení:

Škola je vedena v rejstříku škol v ČR:

ANO

NE

Datum:

Podpis: