**V Y H L Á S E N I E**

**samostatne zárobkovo činnej osoby, že od vzniku pracovného pomeru nevykonáva činnosť samostatne zárobkovo činnej osoby, na ktorú má oprávnenie podľa osobitného predpisu**

***Povinne nemocensky poistená a povinne dôchodkovo***

***poistená samostatne zárobkovo činná osoba:***

Priezvisko: Meno: Titul:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu:

Ako povinne nemocensky poistená a povinne dôchodkovo poistená samostatne zárobkovo činná osoba podľa § 5 písm. c) zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení (ďalej len „zákon“), ktorá má oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa osobitného predpisu, vyhlasujem, že dňa .................................. mi vznikol pracovný pomer, v ktorom na výkon činnosti som povinný (á) mať oprávnenie podľa osobitného predpisu.

Súčasne vyhlasujem, že od vzniku pracovného pomeru, t. j. od .............................. nevykonávam činnosť samostatne zárobkovo činnej osoby uvedenej v § 5 písm. c) zákona.

Vyhlásenie podávam ako súčasť Registračného listu FO - odhlášky z povinného nemocenského poistenia a z povinného dôchodkového poistenia samostatne zárobkovo činnej osoby z dôvodu zániku týchto poistení.

Dňa: .............................

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

*vlastnoručný podpis*