



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb • Fax: +385 1 7980 350 • E-mail: hkzr@hkzr.hr • URL: www.hkzr.hr • OIB: 06195840134

POJEDINAČNI ZAHTJEV ZA VREDNOVANJE TRAJNOG USAVRŠAVANJA

TRAJNO USAVRŠAVANJE U INOZEMSTVU / STUDIJSKI BORAVCI S MENTOROM / PUBLIKACIJE

OSOBNI PODACI ČLANA HKZR

IME I PREZIME ¹ :		ČL. BROJ:	
ULICA:		KBR:	
GRAD:		POŠTANSKI BROJ:	
STRU KOVNI RAZRED:			
TELEFON:		FAX:	
E-MAIL:		MOBITEL:	

OPĆI DIO

NAZIV TRAJNOG USA VRŠAVANJA:	
ORGANIZATOR:	

MJESTO ODRŽAVANJA:			
ULICA:		KBR:	
GRAD:		DRŽAVA:	
DATUM ODRŽAVANJA:		TRAJANJE(DANA):	

STRUČNI DIO

Vrsta stručnog usavršavanja

<input type="checkbox"/> KONGRES	<input type="checkbox"/> SIMPOZIJ	<input type="checkbox"/> KONFERENCIJA
<input type="checkbox"/> DOMAĆI	<input type="checkbox"/> DOMAĆI S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM	<input type="checkbox"/> MEĐUNARODNI
PRILOZI(obvezni):	<input type="checkbox"/> Program stručnog skupa sa sadržajem i satnicom <input type="checkbox"/> Originalni primjerak potvrđnice organizatora <input type="checkbox"/> Za aktivno sudjelovanje preslika tiskanog sažetka rada	

<input type="checkbox"/> TEČAJ PRVE KATEGORIJE	<input type="checkbox"/> TEČAJ DRUGE KATEGORIJE	<input type="checkbox"/> TEČAJ TREĆE KATEGORIJE
<input type="checkbox"/> BEZ MEĐUNARODNOG SUDJELOVANJA	<input type="checkbox"/> S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM	
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Program tečaja <input type="checkbox"/> Originalni primjerak potvrđnice organizatora	

¹ Član HKZR koji predaje pojedinačni zahtjev za vrednovanje trajnog



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb • Fax: +385 1 7980 350 • E-mail: hkzr@hkzr.hr • URL: www.hkzr.hr • OIB: 06195840134

usavršavanja

<input type="checkbox"/> STRUČNI SASTANAK U ORGANIZACIJI VANJSKOG ORGANIZATORA	
PRILOZI (obavezni):	<input type="checkbox"/> Sažetci predavanja i/ili vježbi i/ili demonstracija sa satnicom <input type="checkbox"/> Preslika potvrđnice organizatora

<input type="checkbox"/> STUDIJSKI BORAVAK S MENTOROM	<input type="checkbox"/> U Hrvatskoj	<input type="checkbox"/> U inozemstvu
PRILOG (obavezan):	<input type="checkbox"/> Preslika potvrđnice o studijskom boravku	

<input type="checkbox"/> E-LEARNING (ONLINE TEČAJ)	
PRILOZI (obavezni):	<input type="checkbox"/> Program tečaja <input type="checkbox"/> preslika potvrđnice organizatora

<input type="checkbox"/> AUTOR KNJIGE	<input type="checkbox"/> AUTOR POGLAVLJA	<input type="checkbox"/> UREDNIK KNJIGE	<input type="checkbox"/> RECEZENT KNJIGE
NAZIV KNJIGE:			
ISBN:		GODINA IZDAVANJA:	
PRILOZI(obvezni):	<input type="checkbox"/> Originalni primjerak knjige ILI: <input type="checkbox"/> Preslika naslovnice <input type="checkbox"/> Preslika stranica knjige iz kojih su dostupne informacije o autoru, izdavaču/nakladniku, uredništvu i recenzentima <input type="checkbox"/> Preslika sadržaja <input type="checkbox"/> Potvrda izdavača/nakladnika o autorstvu poglavlja ²		

<input type="checkbox"/> STRUČNI ČLANAK U ČASOPISU		
NAZIV ČLANKA:		
<input type="checkbox"/> AUTORSTVO:	<input type="checkbox"/> PRVI AUTOR	<input type="checkbox"/> KOAUTOR
PRILOZI(obvezni):	<input type="checkbox"/> Impresum časopisa <input type="checkbox"/> Preslika sažetka rada	

<input type="checkbox"/> ČLAN UREDNIŠTVA ČASOPISA		
NAZIV ČASOPISA:		
ISSN:	VRSTA ZAHTJEVA:	<input type="checkbox"/> POJEDINAČNI ZAHTJEV <input type="checkbox"/> ZAJEDNIČKI ZAHTJEV
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> pojedinačni zahtjev člana uredništva <input type="checkbox"/> Impresum časopisa iz kojeg su vidljivi podaci: naslov, ISSN, naziv izdavača/nakladnika, sastav uredništva, podatak o učestalosti izlaženja	

Izjavljujem u svoje osobno ime da su svi podaci navedeni u Zahtjevu za vrednovanjem trajnog usavršavanja točni i istiniti što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

U _____, dana ___/___/_____ g.

Potpis

² Obavezno samo za autorstvo poglavlja