



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

Ur.broj:

Datum:

Na temelju zahtjeva radnika/ice _____ izdaje se
(ime i prezime)

POTVRDA

Radnik/ica _____ iz _____,
(ime i prezime) (mjesto i adresa stanovanja)

zaposlen/a u _____,
(ustanova/tvrtka zaposlenja)

na dan stupanja na snagu Pravilnika o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika (NN 02/11, 14/13/, 114/13) odnosno 12.02.2013. godine, ima više od godinu dana radnog staža na poslovima sanitarnog inženjerstva sukladno članku 3. Zakona o djelatnostima u zdravstvu (NN 87/09).

Potvrda se izdaje na zahtjev radnika/ice sukladno članku 6. Pravilnika o dopunama Pravilnika o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika (NN 14/13) u svrhu dokazivanja radnog iskustva na poslovima sanitarnog inženjerstva, oslobođenja obavljanja pripravničkog staža i polaganja stručnog ispita.

Ova potvrda izdaje se u svrhu dokazivanja radnog iskustva na poslovima sanitarnog inženjerstva, oslobođenja obavljanja pripravničkog staža i polaganja stručnog ispita te se u druge svrhe ne smije koristiti.

Ravnatelj/direktor

(potpis i pečat)