ZAHTJEV

ZA DONOŠENJE ODLUKE O UMANJENJU BROJA BODOVA

|  |  |
| --- | --- |
| IME I PREZIME |  |
| ADRESA: |  |
| ČLANSKI BROJ: |  |

PODACI O ZAPOSLENJU:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAZIV USTANOVE: |  | | |
| MJESTO: |  | | |
| ULICA: |  | POŠTANSKI BROJ: |  |

RAZLOG PREDAJE ZAHTJEVA ZA DONOŠENJE ODLUKE O UMANJENJU BROJA BODOVA:

|  |
| --- |
| BOLOVANJE DUŽE OD 42 DANA □ |
| BOLOVANJE RODILJNI I/ILI RODITELJSKI DOPUST □ |
| NEZAPOSLENOST □ |

Odgovarajuće označiti s X

DRUGI OPRAVDANI RAZLOZI – UKRATKO IH NAVESTI:

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis

Potpisani obrazac u originalu se dostavlja Hrvatskoj komori zdravstvenih radnika, pp. 191, 10000 Zagreb.

Ne mora se trajno stručno usavršavati član HKZR kojem je usvojen Zahtjev za mirovanjem članstva u Komori u razdoblju dok postoje uvjeti za mirovanje članstva (ako je na bolovanju duže od 42 dana, ako je na rodiljnom i roditeljskom dopustu, ako je nezaposlen, u slučaju služenja vojne obveze ili ako postoje drugi opravdani razlozi).

Takvoj osobi broj bodova potreban za relicenciranje umanjuje se za 50% od broja bodova koje je trebala skupiti u razdoblju 2 godine (čl. 9. st. 10. Pravilnika o sadržaju, rokovima i postupku provjere stručnosti HKZR).