



## 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

### 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	<input type="checkbox"/>
BOLOVANJE RODILJNI I/ILI RODITELJSKI DOPUST	<input type="checkbox"/>
NEZAPOSLENOST	<input type="checkbox"/>

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 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).