



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb • Fax: +385 1 7060 350 • E-mail: hkzr@hkzr.hr • URL: www.hkzr.hr • OIB: 061928-0134

IME I PREZIME _____

OIB _____ JMBG _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA _____

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL./MOB _____

ZAPOSLEN U _____

ADRESA ZAPOSLENJA _____ BROJ TEL: _____

Na temelju članka 7. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad Hrvatske komore zdravstvenih radnika podnosim

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

Zahtjevu prilažem sljedeću dokumentaciju (zaokružiti rad broj dokumenta):

1. zahtjev za upis u registar članova HKZR
2. dokaz o stručnoj kvalifikaciji koja obuhvaća formalno obrazovanje i profesionalnu osposobljenost za obavljanje reguliranih profesija iz djelatnosti sanitarnog inženjerstva, zdravstveno radiološko – tehnološke djelatnosti, djelatnosti radne terapije i medicinsko- laboratorijske djelatnosti,
3. rješenje o priznavanju inozemne stručne kvalifikacije,
4. dokaz o položenom ili priznatom stručnom ispitu od strane ministarstva nadležnog za zdravstvo položenog u inozemstvu (*Radnici djelatnosti sanitarnog inženjerstva koji nemaju položen stručni ispit trebaju priložiti potvrdu od poslodavca da imaju više od godinu dana radnog iskustva na poslovima sanitarnog inženjerstva, na dan stupanja na snagu Pravilnika o dopunama Pravilnika o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika, tj. na dan 12. veljače 2013.god.*)
5. dokaz o državljanstvu,
6. izjava o poštivanju etičkih i deontoloških načela struke.
7. dokaz o poznavanju hrvatskog jezika na razini koja je potrebna za nesmetanu i nužnu komunikaciju s pacijentom, odnosno klijentom (za strane državljane).

Svi dokazi koji se prilažu zahtjevu za izdavanje odobrenja za samostalan rad moraju biti na hrvatskom jeziku odnosno moraju biti prevedeni na hrvatski jezik od strane ovlaštenog sudskog tumača.

Zahtjev i prilozi dostavljaju se u tiskanom papirnatom obliku

(potpis podnositelja zahtjeva)

(navesti mjesto i datum)