IME IPREZIME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA STANOVANJA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRUČNA KVALIFIKACIJA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BROJ TEL./MOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZAPOSLEN U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_

ADRESA ZAPOSLENJA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BROJ <TEL:________________>\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Na temelju članka 18. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence) Hrvatske komore zdravstvenih radnika podnosim

**ZAHTJEV ZA OBNAVLJANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD**

**(LICENCE)**

Zahtjevu prilažem sljedeću dokumentaciju (zaokružiti redni broj dokumenta):

1. presliku prethodnog Odobrenja za samostalni rad (licence),

1. izjava o poštivanju etičkih i deontoloških načela struke,
2. zahtjev za promjenu i nadopunu podataka u registru HKZR-a (ukoliko je došlo do promjene).

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

(potpis podnositelja zahtjeva)

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

(navesti mjesto i datum)

Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka (Uredba (EU) 2016/679 od 27.04.2016.god.) dajem svoju "privolu" za obradu mojih osobnih podataka koji su dani HKZR u svrhu obrade podataka i unosa u registar HKZR. Podaci će se čuvati i obrađivati samo u navedene svrhe te neće biti dostavljeni trećoj strani bez mog znanja i odobrenja