ZAHTJEV ZA UPIS U REGISTAR ČLANOVA HRVATSKE KOMORE ZDRAVSTVENIH RADNIKA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSOBNI PODACI** | | | | | | | | | | | |
| Ime |  | | | | | | | | | | |
| Prezime |  | | | | | | | | | Spol |  |
| Datum rođenja |  |  |  |  |  |  |  |  | Mjesto i država rođenja |  | |
| Dan | | Mjesec | | Godina | | | |
| Djevojačko prezime |  | | | | | | | | OIB |  | |
| Ime oca |  | | | | | | | | Ime majke |  | |
| Državljanstvo |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRESA STANOVANJA** | | | |
| Ulica i broj |  | Mjesto |  |
| Županija |  | Poštanski broj |  |
| Telefon |  | Mobitel |  |
| E-mail |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PODACI O ZAPOSLENJU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naziv ustanove |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica i broj |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mjesto |  | | | | | Poštanski broj | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| Djelatnost koju obavljate | Djelatnost sanitarnog inženjerstva | |  | Djelatnost zdravstveno-radiološke tehnologije | | | |  | Djelatnost radne terapije | | | | | | |  | | Medicinsko-laboratorijska djelatnost | | | |  |
| Naziv radnog mjesta |  | | | | Godina početka radnog odnosa  u ustanovi | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Telefon |  | Fax | |  | Mobitel | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | Vlasnik privatne prakse (označite s x) | | | | | | | | |  | | Da | | | |  | Ne | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PODACI O OBRAZOVANJU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Označite s (x) najviši stupanj obrazovanja te navedite naziv i adresu ustanove pri kojoj je obrazovanje završeno |  | | Srednjoškolsko obrazovanje | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | Dodiplomski  stručni studij | | | | | | | | Dvogodišnji studij | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | Trogodišnji studij | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | Dodiplomski sveučilišni studij | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | Diplomski stručni studij | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | Diplomski sveučilišni studij | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | Postdiplomski stručni studij | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | Postdiplomski sveučilišni studij | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Akademski ili stručni naziv | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum završetka najvišeg stupnja obrazovanja | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | Mjesto | |  |
| Dan | | | | Mjesec | | | | | Godina | | | | | | | |
| Broj dokumenta | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Broj uvjerenja o položenom stručnom ispitu | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Datum uvjerenja | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | Mjesto polaganja | | | |  | |
| Dan | | | | Mjesec | | | | Godina | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ČLANSTVO U STRUČNIM UDRUŽENJIMA** | |
| Domaća |  |
| Inozemna |  |

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.

U privitku ovog zahtjeva priložite potrebne dokumente (ovjerene od javnog bilježnika, Ureda komore ili poslodavca: domovnica, diploma, uvjerenje o položenom stučnom ispitu, vjenčani list i dokaz o uplaćenoj upisnini; ili donijeti originale na uvid).

Podnositelj zahtjeva Mjesto i datum

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