

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE SPECIJALNOSTI U PODRUČJU
MEDICINE RADA - VIŠE OD 15 GODINA RADNOG ISKUSTVA U
PODRUČJU MEDICINE RADA**

<i>Podaci o podnositelju zahtjeva</i>			
Ime i prezime:			
OIB:		Članski broj:	

<i>Podaci za kontakt</i>			
Mjesto stanovanja:		Pošanski broj:	
Adresa (ulica i broj):			
Županija:			
Telefon (privatni):		Mobitel (privatni):	
E-mail (privatni):			

<i>Podaci o poslodavcu:</i>			
Naziv poslodavca:			
Adresa (ulica i broj):			
Mjesto:		Pošanski broj:	
Telefon (poslovni):		Mobitel (poslovni):	
E-mail (poslovni):			

Podaci o radnom iskustvu u području medicine rada:

1. _____
(naziv i adresa poslodavca)

od _____ do _____
(datum i godina)

2. _____
(naziv i adresa poslodavca)

od _____ do _____
(datum i godina)

3. _____
(naziv i adresa poslodavca)

od _____ do _____
(datum i godina)

4. _____
(naziv i adresa poslodavca)

od _____ do _____
(datum i godina)

5. _____
(naziv i adresa poslodavca)

od _____ do _____
(datum i godina)

6. _____
(naziv i adresa poslodavca)

od _____ do _____
(datum i godina)

7. _____
(naziv i adresa poslodavca)

od _____ do _____
(datum i godina)

8. _____
(naziv i adresa poslodavca)

od _____ do _____
(datum i godina)

Dostava elektroničkim putem

Jeste li suglasni da se dostava pismena u postupku po ovom zahtjevu vrši elektroničkim putem (označiti)?

DA

NE

U _____, dana _____ Vlastoručni potpis: _____

Kvalificirani elektronički potpis:

NAPOMENA: Ispunjeni obrazac potrebno je potvrditi gumbom "Spremi podatke" kako bi se onemogućile naknadne izmjene upisanih podataka.

Prilozi:

1. elektronički zapis o radnopravnom statusu – radna knjižica,
2. vlastoručno potpisana i ovjerena potvrda poslodavca o vrsti poslova koje je psiholog obavljao kod poslodavca i trajanju radnog odnosa,
3. dokaz o uplati naknade za troškove postupka priznavanja specijalnosti u području medicine rada.