

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OBAVLJANJE PSIHOLOŠKE DJELATNOSTI
NAKON POLOŽENOG PSIHOLOŠKOG STRUČNOG ISPITA -
ISPITA PROVJERE STRUČNOSTI**

<i>Osobni podaci</i>			
Ime i prezime:			
OIB:		Članski broj:	
Datum prestanka prethodno priznatog prava na obavljanje psihološke djelatnosti:			

<i>Prebivalište</i>			
Mjesto stanovanja:		Poštanski broj:	
Adresa (ulica i broj):			
Županija:			
Telefon (privatni):		Mobitel (privatni):	
E-mail (privatni):			

<i>Radni status</i>			
Radni status (<i>odabрати</i>):		Sektor (<i>odabрати</i>):	
Naziv poslodavca:			
Naziv organizacijske jedinice:			
Naziv radnog mjesta:			
Adresa (ulica i broj):			
Mjesto:		Poštanski broj:	
Telefon (poslovni):		Mobitel (poslovni):	
E-mail (poslovni):			

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:

- potvrda nadležnog kaznenog suda da se protiv podnosioca ne vodi postupak pred nadležnim sudom za kazneno djelo spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta
- potvrda o uplati naknade za postupak priznavanja prava na obavljanje psihološke djelatnosti

Potpisom ovog obrasca podnositelj izjavljuje da je upoznat sa sadržajem Izjave o osobnim podacima objavljene na mrežnim stranicama Hrvatske psihološke komore <https://psiholoska-komora.hr/obrasci-674/> pod nazivom Izjava o osobnim podacima.