|  |
| --- |
|  |

**PREDSJEDNIKU HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

**ZAHTJEV**

**ZA ZAMJENU ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE)**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matični broj člana: HR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Osobni identifikacijski broj (OIB):

Državljanstvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mjesto i adresa stanovanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa elektroničke pošte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zahtjev podnosim zbog *(označiti razlog/e)*:**

□ položenog specijalističkog ispita

□ stečenog statusa specijalista određene specijalnosti u skladu s posebnim propisima

□ položenog ispita iz uže specijalnosti

□ stečenog statusa specijalista iz uže specijalnosti po posebnim propisima

□ stečenog naziva primarijus

□ stečenog akademskog stupnja

□ izbora u znanstveno-nastavno ili nastavno zvanje

□ izbora u nastavno zvanje

□ promjene osobnih podataka.

**Uz zahtjev prilažem dokaz za razlog iz kojeg tražim zamjenu licence *(označiti dokaz/e*):**

□ dokaz o položenom specijalističkom ispitu

□ rješenje o priznavanju specijalizacije izdano od strane ovlaštenog tijela u Republici Hrvatskoj

□ dokaz o položenom ispitu iz uže specijalizacije

□ rješenje o priznavanju uže specijalizacije izdano od strane ovlaštenog tijela u Republici Hrvatskoj

□ dokaz o stečenom nazivu primarijus

□ dokaz o stečenom akademskom stupnju

□ dokaz o izboru u znanstveno-nastavno zvanje

□ dokaz o izboru u nastavno zvanje

□ dokaz o promjeni osobnih podataka

□ drugi dokaz/i: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(navesti dokaz/e – npr. ovjereni prijevod dokumentacije u slučaju potrebe)*

**Način preuzimanja Odobrenja za samostalan rad** *(označiti)****:***

* Osobno u uredu Komore (zaokružiti lokaciju): Zagreb Rijeka Split Osijek
* Putem pošte na adresu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(navesti adresu ako se razlikuje od adrese prebivališta)*

* Elektronička dostava na e-adresu

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(navesti mjesto) (navesti datum)*

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

*(potpis podnositelja zahtjeva)*

*Napomena: Član je dužan prije podnošenja ovog zahtjeva izvršiti provjeru podataka upisanih u Imenik liječnika Hrvatske liječničke komore, odnosno izvršiti odgovarajuću promjenu podataka, uz obvezu prilaganja dokaza kojim potvrđuje istinitost podataka čiji se upis ili promjena traži.*