



Klasa: _____

Ur.broj: _____

U Zagrebu, _____

Ime i prezime: _____

ili naziv podnositelja zahtjeva: _____

OIB: _____

Adresa: _____

Adresa elektroničke pošte (e-mail): _____

Broj telefona: _____ **Broj mobitela:** _____

**ZAHTJEV
ZA POKRETANJE POSTUPKA ZA UTVRĐIVANJE NEDOSTOJNOSTI**

protiv _____
(ime i prezime liječnika/ce protiv kojeg se pokreće postupak)

z a p o s l e n / a u / k o d _____
(naznaka mjesta zaposlenja liječnika/ce)

Zahtjev za pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti podnosi se iz razloga što je (navesti kazneno djelo za koje je prijavljeni/a pravomoćno osuđen/a, navesti naziv suda koji je donio presudu i broj presude, ukratko opisati počinjeno djelo i okolnosti počinjenja te navesti razloge zbog kojih bi se prijavljenog liječnik/cu trebao/la proglašiti nedostojnim):

pa da se time ima smatrati nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti.

Dokazi kojima se potkrjepljuju navedene činjenice:

Stoga se predlaže:

- ❖ provođenje postupka za utvrđivanje nedostojnosti protiv prijavljenog liječnika/ce, održavanje rasprave pred Časnim sudom Komore, kao i *(molimo navesti dokaze koje predlažete izvesti, odnosno naznaku imena svjedoka i vještaka koje treba saslušati, spisa koje treba razgledati, itd.):*

- ❖ da se nakon održane rasprave prijavljenom liječniku/ci izreče disciplinska mjera sukladno odredbi članka _____ Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore

*(potpis podnositelja zahtjeva
ili osobe ovlaštene za zastupanje podnositelja zahtjeva
ako zahtjev podnosi pravna osoba)*

Prilog:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____