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

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

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

(naziv, adresa i OIB zdravstvene ustanove)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018. godine

**I Z J A V A**

Kojom mi,

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

(ime i prezime odgovorne osobe zdravstvene ustanove i funkcija)

I

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

(ime i prezime voditelja ustrojstvene jedinice)

izjavljujemo kako u okviru obavljanja djelatnosti u zdravstvenoj ustanovi postoji potreba za specifičnom edukacijom člana Hrvatske liječničke komore

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

(ime i prezime člana Komore i njegovo radno mjesto u ustanovi)

a nakon koje edukacije se očekuje značajno unaprjeđenje postojećih i/ili usvajanje novih znanja i vještina koje će se implementirati u svakodnevni rad zdravstvene ustanove.

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

(potpis odgovorne osobe (potpis voditelja ustrojstvene jedinice)

i pečat ustanove)