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

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

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

(naziv, adresa i OIB poslodavca)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020. godine

**I Z J A V A**

Kojom mi,

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

(ime i prezime odgovorne osobe poslodavca i funkcija)

i

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

(ime i prezime voditelja ustrojstvene jedinice, ako je primjenjivo)

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

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

(ime i prezime člana Komore i njegovo radno mjesto)

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

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

Potpis odgovorne osobe i pečat poslodavca Potpis voditelja ustrojstvene jedinice (ako je primjenjivo)