

**OBRAZAC PRIJAVE**

**ZA DODJELU NOVČANIH SREDSTAVA ZA INOZEMNO STRUČNO USAVRŠAVANJE ČLANOVA**

**HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Početak prijave:** | 18. veljače 2019. |
| **Istek prijave:** | 18. ožujka 2019. |
| **Predmet prijave:** | Natječaj za dodjelu novčanih sredstava za inozemno stručno usavršavanje članova Hrvatske liječničke komore |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IME I PREZIME člana Komore** |  | |
| **Adresa stanovanja** |  | |
| **Datum rođenja** |  | |
| **OIB** |  | |
| **Broj telefona** |  | |
| **e-mail** |  | |
| **Specijalizacija/subspecijalizacija** |  | |
| **Naziv poslodavca i radno mjesto** |  | |
| **Obrazloženje potrebe za stručnim usavršavanjem za koje član Komore traži novčanu potporu (najviše 150 riječi)** |  | |
| **Naziv, mjesto, datum i trajanje stručnog usavršavanja** |  | |
| **Opis stručnog usavršavanja s jasno definiranim ciljem te točnim opisom konkretnih novih znanja i vještina koje planira steći (najviše 150 riječi)** |  | |
| **Postoji li adekvatno stručno usavršavanje u navedenom području u RH** | **DA NE** | |
| **Iznos u kunama i specifikacija novčanih sredstava koje član Komore traži za stručno usavršavanje** | **Trošak kotizacije** |  |
| **Trošak smještaja** |  |
| **Trošak puta** |  |
| **UKUPNO** |  |
| **Iznos u kunama i specifikacija novčanih sredstava koje član Komore osigurava iz drugih izvora za stručno usavršavanje** | **Trošak kotizacije** |  |
| **Trošak smještaja** |  |
| **Trošak puta** |  |
| **UKUPNO** |  |
| **Aktivno sudjelovanje u projektima HLK**  (navesti u kojim projektima) | **DA NE**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Ime i prezime ovlaštene osobe ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili druge pravne osobe u kojoj je član Komore zaposlen** |  | |
| **Potpis ovlaštene osobe (ravnatelj) i pečat ustanove u kojoj je član Komore zaposlen odnosno ovlaštene osobe trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost, druge pravne osobe ili potpis i pečat privatnog zdravstvenog radnika** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mjesto i datum:** |  |

**Potpis člana Komore:**

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