

**OBRAZAC PRIJAVE**

**ZA DODJELU NOVČANIH SREDSTAVA ZA STRUČNO USAVRŠAVANJE ČLANOVA HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Početak prijave:** | 14. rujna 2018. |
| **Istek prijave:** | 15. listopada 2018. |
| **Predmet prijave:** | Prijava za dodjelu sredstava za stručno usavršavanje članova Hrvatske liječničke komore |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***IME I PREZIME člana Komore*** |  | |
| ***Adresa stanovanja*** |  | |
| ***Datum rođenja*** |  | |
| ***OIB*** |  | |
| ***Broj telefona*** |  | |
| ***e-mail*** |  | |
| ***Kategorija kandidata za dodjelu novčanih sredstava***  ***(zaokružiti)*** | 1. **BOLNIČKI LIJEČNIK** 2. **GINEKOLOG U PRIMARNOJ ZDRASVSTVENOJ ZAŠTITI** 3. **PEDIJATAR U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI** 4. **LIJEČNIK ZAPOSLEN U JAVNOZDRAVSTVENOJ**   **DJELATNOSTI** | |
| ***Specijalizacija/subspecijalizacija*** |  | |
| ***Točno radno mjesto zaposlenja (odjel/zavod/klinika)*** |  | |
| ***Zdravstvena ustanova zaposlenja*** |  | |
| ***Obrazloženje potrebe za stručnim usavršavanjem za koje član Komore traži novčanu potporu (najviše 150 riječi)*** |  | |
| ***Naziv, mjesto, datum i trajanje stručnog usavršavanja*** |  | |
| ***Opis usavršavanja s jasnim opisom cilja usavršavanja te točnim opisom 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 u kojoj je član Komore zaposlen*** |  | |
| ***Potpis ovlaštene osobe i pečat ustanove u kojoj je član Komore zaposlen*** |  | |

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

**Potpis člana Komore:**

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