

**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:**

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