

_____ (Ustanova)
_____ (Adresa)
_____ (Klinika/Zavod/Odjel/Ambulanta/Ispostava)

IZJAVA

kojom ja _____ (ime i prezime liječnika),
OIB: _____

OPOZIVAM I USKRAĆUJEM PRISTANAK

na rad koji prelazi prosječnih 48 sati ukupnog trajanja radnog vremena u tjednu, u svakom razdoblju od četiri uzastopna mjeseca, odnosno prekovremeni rad koji prelazi ukupno 180 sati godišnje.

Pozivam poslodavca da mi u zakonskom roku, počevši od dana urudžbiranja ove Izjave, dostavi raspored radnog vremena usklađen s gore navedenim zakonskim ograničenjem i ovom Izjavom

Suglasan sam da sindikalni povjerenik ovu Izjavu dostavi _____
_____ (naziv i adresa poslodavca).

U _____, dana _____.

(potpis liječnika)