**BJELOVARSKO-BILOGORSKA ŽUPANIJA**

**UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO, SOCIJALNU SKRB,**

**DEMOGRAFIJU I HRVATSKE BRANITELJE**

**Dr. Ante Starčevića 8**

**43000 Bjelovar**

**ZAHTJEV**

**ZA FINANCIRANJE TROŠKOVA PRIJEVOZA U VEZI S KORIŠTENJEM PRAVA**

**NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ZA 2025. GODINU**

**(STUDENTI)**

Podnositelj zahtjeva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime)

Datum rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (dan, mjesec i godina rođenja)

Podaci o prebivalištu/boravištu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(mjesto, ulica i kućni broj)

Kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(telefon, mobitel)

IBAN BROJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(broj tekućeg računa za isplatu)

**UZ ZAHTJEV JE POTREBNO PRILOŽITI:**

* preslika upravnog akta/pravomoćnog rješenja HZZO-a kojim je odbijen zahtjev podnositelja za priznavanjem prava na naknadu troškova prijevoza u vezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu zbog osiguranog besplatnog željezničkog prijevoza
* kopija osobne iskaznice
* potvrda o statusu studenta

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (mjesto i datum) (vlastoručni potpis)

**PRIVOLA**

Predajom ovog Zahtjeva dobrovoljno i izričito dajem privolu Bjelovarsko-bilogorskoj županiji za prikupljanje i obradu navedenih osobnih podataka, a u svrhu utvrđivanja i ostvarivanja prava za financiranje troškova prijevoza u vezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu za 2025. godinu.