

(naziv ustanove)

(mjesto i datum)

**Bjelovarsko-bilogorska županija
Upravni odjel za zdravstvo, demografiju i mlade
Povjerenstvo za dodjelu subvencija
zdravstvenim radnicima
Dr. Ante Starčevića 8
43000 Bjelovar**

Predmet: Javni poziv za dodjelu subvencija zdravstvenim radnicima zaposlenima u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Bjelovarsko-bilogorska županija – SUGLASNOST

Ovim putem dajem suglasnost radniku/ci *(ime i prezime)*, zaposlenom/oj na poslovima _____, koji/a je upisao/la stručno usavršavanje / doškoloavanje na _____, dana _____, da se prijavi na Javni poziv za dodjelu subvencija zdravstvenim radnicima zaposlenim u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Bjelovarsko-bilogorska županija, za mjeru **SUBVENCIJA TROŠKOVA STRUČNOG USAVRŠAVANJA I DOŠKOLOVANJA**, obzirom da u našoj ustanovi postoji potreba za istim, a sukladno godišnjem planu stručnog usavršavanja naše zdravstvene ustanove.

RAVNATELJ/ICA