**Obrazac C**



**REPUBLIKA HRVATSKA**

**BJELOVARSKO-BILOGORSKA ŽUPANIJA**

**UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO,**

**DEMOGRAFIJU I MLADE**



**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA SUBVENCIJU TROŠKOVA**

**STRUČNOG USAVRŠAVANJA I DOŠKOLOVANJA**

Temeljem Javnog poziav za dodjelu subvencija zdravstvenim radnicima zaposlenima u Općoj bolnici ''Dr. Anđelko Višić'' Bjelovar, Domu zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije, Zavodu za hitnu medicinu Bjelovarsko-bilogorske županije, Zavodu za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije, Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Daruvarske toplice i ZU Ljekarna Bjelovar, podnosim zahtjev za subvenciju troškova stručnog usavršavanja i doškolovanja.

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel./mob: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv zdravstvene ustanove u kojoj je zaposlen/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PODACI O STRUČNOM USAVRŠAVANJU ILI DOŠKOLOVANJU

Naziv obrazovne ustanove: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stručno usavršavanje ili doškolovanje o vlastitom trošku:  Da  Ne

Datum početka stručno usavršavanja ili doškolovanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Planirani završetak stručnog usavršavanja ili doškolovanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iznos godišnje cijene školovanja/stručnog usavršavanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ostvarena subvencija troškova stručnog usavršavanja ili doškolovanja iz drugih izvora:

Da  Ne

Ako da, navedite iznos subvencija troškova stručnog usavršavanja ili doškolovanja iz drugih izvora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zahtjevu prilažem sljedeće dokumente:

1. presliku osobne iskaznice,
2. dokaz o stečenom stupnju obrazovanja,
3. presliku ugovora o radu u Općoj bolnici ''Dr. Anđelko Višić'' Bjelovar, Domu zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije, Zavodu za hitnu medicinu Bjelovarsko-bilogorske županije, Zavodu za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije, Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Daruvarske toplice ili ZU Ljekarna Bjelovar,
4. potvrdu o upisu na odgovarajući viši stupanj obrazovanja uz potvrdu o cijeni školovanja za koje se traži subvencija ili program stručnog osposobljavanja ili usavršavanja uz potvrdu o cijeni programa,
5. pisanu suglasnost ravnatelja/ice ustanove u kojoj je podnositelj zahtjeva zaposlen, da je stručno usavršavanje ili doškolovanje vezano uz djelatnost zdravstvene ustanove u kojoj radi te da postoji potreba za istim,
6. IBAN žiro računa podnositelja zahtjeva.

*"Potpisom ovog Zahtjeva podnositelj zahtjeva daje izričitu privolu Bjelovarsko-bilogorskoj županiji da može poduzimati radnje vezane uz obradu i objavu njegovih osobnih podataka navedenih u ovom Zahtjevu, a Bjelovarsko-bilogorska županija se obvezuje koristiti podatke samo u svrhu za koju su namijenjeni, uz poštivanje odredbi Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka; SL EU L119) i drugim važećim propisima o zaštiti osobnih podataka, a u svrhu ostvarivanja prava na subvenciju troškova stručnog usavršavanja i doškolovanja.*

*Podnositelj Zahtjeva potvrđuje da je prije potpisa ovog Zahtjeva obaviješten o namjeri korištenja osobnih podataka, a ovom izjavom daje privolu na takvu obradu i objavu.*

*Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti te ih kao takve vlastoručno potpisujem."*

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

*(mjesto i datum)*

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

*(potpis podnositelja/ice zahtjeva)*