*(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 / doškolovanje 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**