

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O STRUČNOJ KVALIFIKACIJI

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

IME:	
PREZIME:	
EVIDENCIJSKI BROJ:	
OIB:	
TELEFON/MOBITEL:	
ADRESA ZA DOSTAVU POTVRDE:	

OVIM PUTEM PODNOSIM ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O STRUČNOJ KVALIFIKACIJI ZA:

- MEDICINSKU SESTRU OPĆE NJEGE/ MEDICINSKOG TEHNIČARA OPĆE NJEGE
- PRVOSTUPNICE SESTRINSTVA/ PRVOSTUPNIKA SESTRINSTVA

**potrebno je označiti ostvarenu razinu obrazovanja*

POTVRDA MI JE POTREBNA U SVRHU:

--

Potpisani zahtjev potrebno je dostaviti osobno ili poštanskim putem u ured Hrvatske komore medicinskih sestara, Zagreb, Maksimirska 111/2.

Ovim putem opunomoćujem:

(navesti ime i prezime, OIB i adresu opunomoćenika za primanje pismena s prebivalištem u Republici Hrvatskoj), da u moje ime osobno preuzme ovu potvrdu.

U _____, dana _____, Potpis _____

* Potvrdu o stručnoj kvalifikaciji moguće je izdati osobama koje su završile obrazovanje u skladu s člankom 31. Direktive 2005/36/EZ, započeto nakon referentnog datuma za Republiku Hrvatsku (01. srpnja 2013. godine) i koje je upisano u Aneks V., točka 5.2.2. Direktive 2005/36/EZ.

* Ispunjavanjem i potpisivanjem ovog Zahtjeva dajem svoju suglasnost za prikupljanje i daljnju obradu podataka iz obrasca u svrhu povezivanja podataka u Registru HKMS.