

**ZAHTJEV ZA ISPIS IZ REGISTRA
HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA**

MOLIMO ISPUNITI TISKANIM SLOVIMA

IME:	
PREZIME:	
EVIDENCIJSKI BROJ:	
OIB:	

PODACI O ZAPOSLENJU:

NAZIV USTANOVE:	
ULICA I KBR:	
PBR I MJESTO:	

Ovim putem temeljem članka 9. Pravilnika o vođenju registra članova HKMS podnosim

ZAHTJEV ZA ISPIS IZ REGISTRA HKMS

Ovim putem potvrđujem kako sam upoznat/a s činjenicom kako brisanjem iz registra HKMS više ne posjedujem važeće Odobrenje za samostalan rad HKMS koje je sukladno članku 15. Zakona o sestrinstvu ("Narodne novine" broj: 121/03, 117/08, 57/11) zakonski preduvjet rada kao medicinska sestra/ medicinski tehničar.

Ovim putem dodatno potvrđujem kako sam upoznat/a s člankom 14. stavkom 1. i 2. Zakona o sestrinstvu u pogledu zakonskih uvjeta potrebnih za obavljanje djelatnosti medicinske sestre/ medicinskog tehničara kao i člankom 33. stavkom 1. točkom 2. i 3. koji utvrđuje odgovornost u slučaju rada medicinske sestre/ medicinskog tehničara bez upisa u registar HKMS odnosno bez važećeg Odobrenja za samostalan rad HKMS.

ZAHTJEV ZA ISPIS IZ REGISTRA HKMS PODNOSIM IZ RAZLOGA:

--

**Zahtjevu za ispis iz Registra HKMS potrebno je obavezno priložiti:
- Izvornik važećeg Odobrenja za samostalan rad**

Napomena: HKMS neće biti u mogućnosti postupiti po zahtjevu za ispis iz registra u slučaju ako nije dostavljen izvornik Odobrenja za samostalan rad

U _____, dana _____, Potpis _____

Popunjeni i potpisani obrazac u izvorniku potrebno je osobno ispuniti i potpisati te dostaviti u ured Hrvatske komore medicinskih sestara, Maksimirska 111/2, Zagreb.