

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

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

OVIM PUTEM PODNOSIM ZAHTJEV ZA IZDAVANJE:

POTVRDE O STEČENIM PRAVIMA

POTVRDE O RAZINI OBRAZOVANJA PO OPĆEM SUSTAVU PRIZNAVANJA

**potrebno je označiti samo jednu vrstu potvrde*

Potvrdu o stečenim pravima moguće je izdati jedino u slučaju ako je ispunjen uvjet stvarnog i zakonitog obavljanja sestrinske djelatnosti uzastopno najmanje tri godine u posljednjih pet godina. Ako nije ispunjen neprekinutog obavljanja sestrinske djelatnosti tri godine u posljednjih pet potrebno je zatražiti izdavanje **potvrde o razini obrazovanja po općem sustavu priznavanja***.

POTVRDA MI JE POTREBNA U SVRHU:

--

ZAHTJEVU ZA IZDAVANJE OVE POTVRDE PRILAŽEM:

POTVRDU HZMO O PODACIMA EVIDENTIRANIM U MATIČNOJ EVIDENCIJI HZMO

(Potvrda koju neposredno izdaje Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje)

ELEKTRONIČKI ZAPIS O PODACIMA EVIDENTIRANIM U MATIČNOJ EVIDENCIJI HZMO

(Potvrda koju je moguće preuzeti putem sustava e-građani)

**dovoljno je dostaviti samo jednu od navedenih Potvrda*

Potpisani zahtjev s dokazom 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 _____

*Potvrda o stečenim pravima može se izdati samo u slučaju ako su ispunjeni uvjeti iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija te 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.