

**REPUBLIKA HRVATSKA**

**ZAGREBAČKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb i hrvatske branitelje**



**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA SUBVENCIJU TROŠKOVA STRUČNOG USAVRŠAVANJA I DOŠKOLOVANJA (3.1.2.)**

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

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

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

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Naziv zdravstvene

ustanove u kojoj je

zaposlen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA :**

Temeljem Programa mjera za osiguranje potrebnih ljudskih resursa u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Zagrebačka županija za razdoblje 2020.-2025. godine („Glasnik Zagrebačke županije“, broj 16/20) i Javnog poziva za dodjelu subvencija zdravstvenim radnicima zaposlenim u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Zagrebačka županija, podnosim zahtjev za ostvarivanje prava na subvenciju troškova stručnog usavršavanja i doškolovanja:

**Podaci o stručnom usavršavanju ili doškolovanju:**

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

Stručno usavršavanje ili doškolovanje o vlastitom trošku: [ ]  Da [ ]  Ne

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

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

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

Trajanje stručnog usavršavanja ili doškolovanja:

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kako želite primati pismena *(označite)*:[ ]  E-mail: [ ]  Pošta

Zahtjevu prilažem sljedeće dokumente u preslici **(označiti):**

1) preslika osobne iskaznice podnositelja zahtjeva [ ]  Da [ ]  Ne

2) dokaz o stečenom stupnju obrazovanja (*medicinska sestra/*

 *medicinski tehničar, fizioterapeut, laboratorijski tehničar ili*

 *prvostupnik u navedenim zanimanjima*) [ ]  Da [ ]  Ne

3) preslika ugovora o radu u zdravstvenoj ustanovi čiji je

 osnivač Zagrebačka županija [ ]  Da [ ]  Ne

4) potvrda 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 [ ]  Da [ ]  Ne

5) presliku kartice IBAN žiro računa [ ]  Da [ ]  Ne

6) druga dokumentacija po zahtjevu Povjerenstva.

*"Potpisom ovog Zahtjeva podnositelj zahtjeva daje izričitu privolu Zagrebačkoj županiji da može poduzimati radnje vezane uz obradu i objavu njegovih osobnih podataka navedenih u ovom Zahtjevu, a Zagrebačka 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."*

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ .\_\_\_\_ .\_\_\_\_\_\_\_ .

 *(mjesto i datum)*

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

 *(potpis podnositelja/ice zahtjeva)*