

Na temelju članka 58. o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence)
dajem slijedeću

IZJAVU

O PRIVREMENOM odnosno POVREMENOM OBAVLJANJU POSLOVA DENTALNOG ASISTENTA NA PODRUČJU REPUBLIKE HRVATSKE

Ja, izjavljujem da ću na području Republike Hrvatske u
vremenskom razdoblju od do privremeno odnosno povremeno
obavljati poslove dentalnog asistenta.

OSOBNİ PODACI

		SPOL	☐	☐
IME I PREZIME	OIB		ŽENSKI	MUŠKI
DATUM ROĐENJA	MJESTO ROĐENJA			
NARODNOST	DRŽAVLJANSTVO			

KONTAKT

BROJ TELEFONA	BROJ MOBITELA
E-MAIL ADRESA	

ADRESA STANOVANJA

ULICA I KUĆNI BROJ	GRAD
ADRESA ZA DOSTAVU POŠTE	

Izjavi prilažem sljedeću dokumentaciju:

- ☐ 1. dokaz o državljanstvu,
- ☐ 2. potvrda nadležnih tijela države u kojoj podnositelj zahtjeva ima poslovni nastan, da u trenutku izdavanja iste nema, čak ni privremeno, zabranu obavljanja djelatnosti,
- ☐ 3. dokaz o stručnim kvalifikacijama,
- ☐ 4. dokaz o postojanju profesionalnog naziva koji podnositelj izjave ima u državi poslovnog nastana,
- ☐ 5. dokaz o načinu osiguranja od profesionalne odgovornosti.

U slučaju da doktor dentalne medicine, dentalni tehničar i dentalni asistent koji želi privremeno ili povremeno obavljati djelatnost na području Republike Hrvatske ima poslovni nastan u državi EGP-a u kojoj djelatnost nije regulirana, obvezan je priložiti i dokaz da je obavljao djelatnost najmanje dvije godine tijekom zadnjih deset godina.

Podnositelj izjave treba propisanu dokumentaciju priložiti u originalu ili ovjerenim preslikama i prevedenim od strane ovlaštenog sudskog tumača.

Na temelju odredbi Opće EU Uredbe o zaštiti podataka i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka suglasan/na sam da se moji podaci prikupljaju, koriste i obrađuju u svrhu koja je izričito navedena, zbog potrebe izrade statističkih izvješća i u skladu sa zakonom.

.....
(MJEŠTO I DATUM)

.....
(POTPIS)