

IME I PREZIME		ADRESA STANOVANJA	
E-MAIL	BROJ TELEFONA		BROJ MOBITELA
PODACI O ZAPOSLENJU (NAZIV I ADRESA POSLODAVCA)			

Na temelju članka 19. Pravilnika o registrima Hrvatske komore dentalne medicine podnosim ovaj

ZAHTJEV

ZA BRISANJEM IZ REGISTRA DENTALNIH ASISTENATA

Zahtjev podnosim zbog:

- ☐ odlaska u mirovinu
☐ obavljanja druge djelatnosti
☐ ostalo

Zahtjevu prilažem sljedeću dokumentaciju:

- ☐ originalnu dozvolu za rad
☐ originalno rješenje o upisu u Registar dentalnih asistenata
☐ originalno rješenje o izdavanju dozvole za rad
☐ člansku iskaznicu
☐ kopiju rješenja o odlasku u mirovinu
☐ dokaz da o obavljanju druge djelatnosti

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 PODNOSITELJA ZAHTJEVA)