

Na temelju odredbi Pravlnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence) i dozvole za rad dajem slijedeću

## **IZJAVU**

## O PRIVREMENOM odnosno POVREMENOM OBAVLJANJU DJELATNOSTI DENTALNE MEDICINE NA PODRUČJU REPUBLIKE HRVATSKE

Ja,		izjavljujem da ću	na području Republike Hrvat	tske u
vremenskom razdoblju od	do		privremeno odnosno povrei	meno
obavljati djelatnost dentalne medicine.				
OSOBNI PODACI				
			SPOL	
IME I PREZIME		OIB	ŽENSKI M	UŠKI
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				



	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.
	Na temelju odredbi Opće EU Uredbe o zaštiti podataka i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka
	Podnositelj izjave treba propisanu dokumentaciju priložiti u originalu ili ovjerenim preslikama i prevedenim od strane ovlaštenog sudskog tumača.
	deset godina.
	U slučaju da doktor dentalne medicine, dentalni tehničar i dentalni asistent koji želi privremeno ili povreme- no 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
Ш	5. dokaz o načinu osiguranja od profesionalne odgovornosti.
Н	4. dokaz o postojanju profesionalnog naziva koji podnositelj izjave ima u državi poslovnog nastana,
Щ	3. dokaz o stručnim kvalifikacijama,
	iste nema, čak ni privremeno, zabranu obavljanja djelatnosti,
	2. potvrda nadležnih tijela države u kojoj podnositelj zahtjeva ima poslovni nastan, da u trenutku izdavanja
	1. dokaz o državljanstvu,
	Izjavi prilažem sljedeću dokumentaciju: