

Na temelju odredbi Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence) i dozvole za rad podnosim ovaj

ZAHTJEV

ZA IZDAVANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE) DOKTORI DENTALNE MEDICINE - DRŽAVLJANI EGP-a

OSOBNİ PODACI

| | | | | |
|----------------------|----------------------|------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | SPOL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IME I PREZIME | OIB | | ŽENSKI | MUŠKI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| DATUM ROĐENJA | MJESTO ROĐENJA | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| NARODNOST | DRŽAVLJANSTVO | | | |

KONTAKT

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| BROJ TELEFONA | BROJ MOBITELA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-MAIL ADRESA | |

ADRESA STANOVANJA

| | |
|-------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ULICA I KUĆNI BROJ | GRAD |
| <input type="text"/> | |
| ADRESA ZA DOSTAVU POŠTE | |

PODACI O ZAPOSLENJU

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NAZIV POSLODAVCA | KONTAKT TELEFON |
| <input type="text"/> | |
| ADRESA | |

Zahtjevu prilažem sljedeću dokumentaciju (označite redni broj dokumenta koji se prilaže):

- ☐ 1. dokaz o stručnoj kvalifikaciji koja obuhvaća formalno obrazovanje i profesionalnu osposobljenost izdan u Republici Hrvatskoj ili u državi članici EGP-a,
- ☐ 2. rješenje o priznavanju stručne kvalifikacije stečene u inozemstvu za obavljanje djelatnosti koje donosi nadležno tijelo u postupku priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija sukladno posebnom propisu,
- ☐ 3. dokaz o položenom specijalističkom ispitu odnosno rješenje o priznavanju specijalizacije izdano od strane ovlaštenog tijela u Republici Hrvatskoj,
- ☐ 4. dokaz o državljanstvu države članice EGP-a,
- ☐ 5. dokaz o poznavanju hrvatskog jezika izdan od licenciranog učilišta prema zajedničkom europskom referentnom okviru za jezike, minimalno stupanj C1 (napredni korisnik) osim ako je jezik dodiplomske nastave bio hrvatski,
- ☐ 6. članstvo u staleškoj komori ili drugoj odgovarajućoj staleškoj udruzi u inozemstvu čije je član,
- ☐ 7. dokaz o poštivanju etičkih i deontoloških principa struke odnosno da se u državi u kojoj je obavljao djelatnost ne vodi disciplinski postupak („good standing“), pri čemu potvrda ne smije biti starija od tri mjeseca, a izdaje ju nadležna staleška organizacija čiji je član podnositelj zahtjeva,
- ☐ 8. izjavu da podnositelj zahtjeva nije povrijedio odredbe kodeksa dentalne etike i deontologije staleške organizacije čiji je bio član,
- ☐ 9. dokaz o stečenom ili priznatom akademskom zvanju,
- ☐ 10. dokaz o izboru u znanstveno nastavno odnosno nastavno zvanje ili rješenje o priznatom znanstvenom nastavnom odnosno nastavnom zvanju,
- ☐ 11. dokaz o stečenom ili priznatom nazivu primarijus
- ☐ 12. dokaz o radnom statusu

Svi dokazi koji se prilažu uz zahtjev za izdavanje licence moraju biti na hrvatskom jeziku ili prevedeni na hrvatski jezik od strane ovlaštenog sudskog tumača.

Doktor dentalne medicine obvezan je naprijed navedene dokumente dostaviti u preslikama ovjerenim od javnog bilježnika, odnosno samo u preslikama, ukoliko original dokumenta predoči na uvid stručnoj službi Komore.

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.

.....
(MJESTO I DATUM)

.....
(POTPIS PODNOSITELJA ZAHTEVA)