

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
IME I PREZIME		ADRESA STANOVANJA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	BROJ TELEFONA		BROJ MOBITELA
<input type="text"/>			
PODACI O ZAPOSLENJU (NAZIV I ADRESA POSLODAVCA)			

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

# ZAHTJEV

## ZA ZAMJENU ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE) DOKTORI DENTALNE MEDICINE

Zahtjev podnosim zbog:

- ☐ položenog specijalističkog ispita
- ☐ stjecanja akademskog stupnja
- ☐ izbora u znanstveno-nastavno zvanje ili nastavno zvanje
- ☐ promjene osobnih podataka

i o tome prilažem dokaz u originalu ili preslici ovjerenoj kod javnog bilježnika.

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 ZAHTJEVA)