**IME I PREZIME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADRESA STANOVANJA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BROJ TELEFONA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BROJ MOBITELA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**IZJAVU O POŠTIVANJU ETIČKIH I DEONTOLOŠKIH NAČELA**

**Ovim putem** **izjavljujem da sam u obavljanju poslova dentalnog asistenta poštivao/la etička i deontološka načela struke.**

Izjava se daje za potrebe izdavanja dozvole za rad.

**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)**