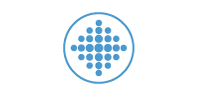
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U Osijeku, dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



KBC OSIJEK

n/p Ravnatelja

J. Huttlera 4

31 000 Osijek

PREDMET: Zahtjev za davanje odobrenja za sklapanje poslova za svoj račun iz zdravstvene djelatnosti

KBC Osijek (odobrenje za dopunski rad)

Poštovani,

temeljem ugovora o radu zaposlen/a sam u KBC Osijek i svoje poslove redovito, savjesno i stručno obavljam sukladno pravilima struke i uputama ovlaštenih osoba poslodavca.

Svoje poslove iz ugovora o radu obavljam u skladu s poslovnim interesima poslodavca te kontinuirano stručno usavršavam svoja znanja i vještine poštujući strukovna i stegovna pravila koja proizlaze iz organizacije rada i profesionalne djelatnosti.

Zainteresiran/a sam za obavljanje sljedećih poslova iz svoje djelatnosti;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

koje bi za svoj račun temeljem dopunskog rada obavljao/la u

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv zdravstvene ustanove, tvrtke, privatnog poslodavca).

Molim naslov da mi sukladno čl.3. Pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca (NN 42/16) izda odobrenje za sklapanje poslova iz zdravstvene djelatnosti KBC Osijek koju ću obavljati za svoj račun u dopunskom radu tj. izvan punog radnog vremena.

Uz zahtjev dostavljam potrebnu dokumentaciju temeljem čl. 2 i 3. Pravilnika.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis)

PRILOZI:

1. Rješenje kojim je utvrđeno da zdravstvena ustanova/trgovačko društvo ispunjava uvjete u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti odnosno uvjete za obavljanje privatne prakse, u kojoj zdravstveni radnik namjerava obavljati dopunski rad;

2. Izjavu zdravstvenog radnika o vrsti poslova koje će obavljati u dopunskom radu, mjesečnom broju sati i rasporedu dopunskog rada;

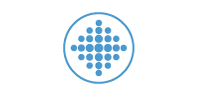
3. Uvjerenje o nekažnjavanju nadležnog suda;

4. Uvjerenje o nepostojanju disciplinske pravomoćne odluke u vezi obavljanja profesionalne djelatnosti od strane nadležne komore.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U Osijeku, dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



KBC OSIJEK

n/p Ravnatelja

J. Huttlera 4

31 000 Osijek

**I Z J A V A**

kojom izjavljujem da ću za potrebe poslodavca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv zdravstvene ustanove, tvrtke, privatnog poslodavca)

u dopunskom radu obavljati sljedeće poslove iz svoje djelatnosti (specijalnosti):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

u mjesečnom broju sati od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ odnosno tjedno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sati (maksimalno kod svih poslodavaca u dopunskom radu 8 sati tjedno odnosno 180 sati godišnje).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_