|  |
| --- |
|  |

**PREDSJEDNIKU HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

**ZAHTJEV**

**ZA IZDAVANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE)**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Matični broj člana: HR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osobni identifikacijski broj (OIB):

Državljanstvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mjesto i adresa stanovanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa elektroničke pošte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Način preuzimanja Odobrenja za samostalan rad** *(označiti)****:***

* Osobno u uredu Komore (zaokružiti lokaciju): Zagreb Rijeka Split Osijek

* Putem pošte na adresu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(navesti adresu ako se razlikuje od adrese prebivališta)*

* Elektronička dostava na e-adresu
* Potrebna dokumentacija je već dostavljena prilikom upisa u Imenik liječnika *(odnosi se isključivo na članove koji su diplomirali na medicinskim fakultetima u RH* *nakon 2013. godine i koji nemaju obvezu polaganja stručnog ispita)*

Ako ste do sada **radili u inozemstvu** i/ili ste **strani državljanin** i/ili ste stručnu kvalifikaciju **stekli u bivšim republikama SFRJ**, ili ste bili **obveznik polaganja stručnog ispita** molimo dostaviti dokumentaciju navedenu na str. 2 ovog Zahtjeva (*okreni list*):

1. **ZAHTJEVU PRILAŽEM *(označiti)*:**
* dokaz o položenom stručnom ispitu (*potrebno ako zahtjev* ***ne podnosi*** *državljanin Republike Hrvatske koji je upisao integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij medicine nakon 1. srpnja 2013. u Republici Hrvatskoj, kao ni državljanin države Europskoga gospodarskog prostora i državljanin Republike Hrvatske koji je završio integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij medicine, koji je sukladan zakonu kojim se uređuju regulirane profesije i priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija)*
* dokaz o poznavanju hrvatskog jezika izdan od licenciranog učilišta prema zajedničkom europskom referentnom okviru za jezike, minimalno stupanj B2 (samostalni korisnik) *(potrebno ako se* ***ne radi*** *o podnositelju koji je diplomirao na jednom od medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj po programu na hrvatskom jeziku ili završio osnovno ili srednje obrazovanje ili dio obrazovanja u Republici Hrvatskoj ili inozemstvu po programu na hrvatskom jeziku)*
* dokaz o članstvu u staleškoj komori ili drugoj odgovarajućoj staleškoj udruzi u inozemstvu *(potrebno ako je podnositelj državljanin Republike Hrvatske koji je liječničku djelatnost obavljao u inozemstvu ili državljanin strane države)*
* dokaz o poštivanju etičkih i deontoloških principa struke odnosno potvrdu da se protiv mene u zemlji iz koje dolazim ne vodi disciplinski postupak (*tzv. Good standing*), ne stariju od tri mjeseca i izdanu od strane nadležne staleške organizacije čiji sam član *(potrebno ako je podnositelj državljanin Republike Hrvatske koji je liječničku djelatnost obavljao u inozemstvu ili državljanin strane države)*
* dokaz da sam u inozemstvu obavljao liječničku djelatnost najmanje tri godine u posljednjih pet godina *(potrebno ako je podnositelj državljanin Republike Hrvatske koji je liječničku djelatnost obavljao u inozemstvu ili državljanin strane države)*
1. **DODATNO** *(potrebno samo ako niste državljanin EU)* **:**
* dokumentaciju određenu važećim zakonskim i podzakonskim propisima kojima se uređuje rad stranaca u Republici Hrvatskoj*:*
* Dozvola boravka
* Radna dozvola
* Ostalo *(navesti drugi/e dokaz/e koji se prilažu):*

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

 *(npr. ovjereni prijevod dokumentacije u slučaju potrebe)*

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(navesti mjesto) (navesti datum)*

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

 *(potpis podnositelja zahtjeva)*

*Napomena: Član je dužan prije podnošenja ovog zahtjeva izvršiti provjeru podataka upisanih u Imenik liječnika Hrvatske liječničke komore, odnosno izvršiti odgovarajuću promjenu podataka, uz obvezu prilaganja dokaza kojim potvrđuje istinitost podataka čiji se upis ili promjena traži.*