

PREZIME (IME RODITELJA) I IME			
ADRESA STANOVANJA			
JMB		Telefon	
KONTAKT E-MAIL		Datum	.2024.g.

OPĆINA TEŠANJ

KOMISIJA za provođenje Javnog poziva, izbora i imenovanja Zdravstvenog savjeta Općine Tešanj, Trg Alije Izetbegovića br. 1, 74260 Tešanj.

PREDMET: Prijava na javni poziv za imenovanje u Zdravstveni savjet Općine Tešanj

Podnosim prijavu na objavljeni Javni poziv za imenovanje u Zdravstveni savjet Općine Tešanj, s obzirom da pravo učešća na Javnom pozivu za imenovanje u Zdravstveni savjet Općine Tešanj imaju osobe zdravstvene i nezdravstvene struke sa IV, V, VI ili VII stepenom obrazovanja.

Prijavljujem se kao (zaokružiti broj, te dostaviti dokaz):

1	2	3	4	5	6
Predstavnik Općine	Predstavnik pacijenata	Predstavnik sindikata zdravstvenih ustanova	Predstavnik javnih zdravstvenih ustanova	Predstavnik privatnih praksi	Predstavnik crvenog križa

Uz zahtjev prilažem:

- Dokaz o stručnoj spremi, (kopija),
- Uvjerenje o državljanstvu, ne starije od 6 (šest) mjeseci, (kopija)
- CIPS prijavu, te kopiju lične karte, (kopija)
- Dokaz da se prijavljuje kao član ispred nekog od potrebno navedenih učesnika u radu zdravstvenog savjeta,
- Potvrda/Uvjerenje o minimalno tri godine, angažmana i učešća u oblastima i poslovima za koje je registrovana Ustanova/Institucija/Udruženje/Sindikata ili Privatna praksa,
- Poseban CV, kojim je moguće dodatno obrazložiti razloge prijave, te elemente koji su značajni za prihvatanje kandidature u zdravstveni Savjet općine Tešanj,
- Druge dokaze za koje smatra da su bitni u Odlučivanju o navedenoj prijavi, (naveedno se naročito odnosi na budućeg člana predstavnika pacijenata)

POTPIS PODNOSIOCA
