

IME I PREZIME _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA (magistar farmacije, specijalizacija)

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL/MOB _____

ZAPOSLEN/A U _____

ADRESA ZAPOSLENJA _____ BROJ TEL _____

Na temelju Pravilnika o uvjetima za davanje, obnavljanje i oduzimanje Odobrenja za samostalan rad magistara farmacije Hrvatske ljekarničke komore, podnosim

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

(MAGISTRI FARMACIJE/DRŽAVLJANI DRŽAVA KOJA NIJE DRŽAVA UGOVORNICA EGP-a)

Zahtjevu prilažem sljedeću dokumentaciju (zaokružiti redni broj dokumenata koji se prilaže):

1. ispunjen evidencijski list Komore,
2. dokaz o stručnoj kvalifikaciji koja obuhvaća formalno obrazovanje i profesionalnu osposobljenost za profesiju magistra farmacije izdan u RH ili državi EGP-a ili priznata inozemna stručna kvalifikacija za profesiju magistra farmacije koju donosi nadležno tijelo u postupku priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija u skladu s posebnim propisom,
3. dokaz o položenom stručnom ispitu,
4. dokaz o državljanstvu,
5. dokaz o poznavanju hrvatskog jezika ili njemu srodnog i razumljivog jezika (bošnjački, srpski) - minimalno B2 stupanj znanja po Zajedničkom europskom referentnom okviru za jezike,
6. dokaz o osobnom identifikacijskom broju,
7. dokumentaciju određenu propisima kojima se uređuje rad stranaca u RH i
8. druge dokaze

(navesti koje)

Svi dokazi koji se prilažu zahtjevu moraju biti na hrvatskom jeziku i latiničnom pismu ili u ovjerenom prijevodu od strane sudskog tumača za hrvatski jezik, priloženi u ovjerenoj preslici od strane javnog bilježnika.

Zahtjev i prilozi dostavljaju se u tiskanom papirnatom obliku.

U _____

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)