

02

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 izdavanju, obnavljanju i oduzimanju Odobrenja za samostalan rad Hrvatske ljeakarničke komore, podnosim

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD
(MAGISTRI FARMACIJE/DRŽAVLJANI DRŽAVA EGP-A)**

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

1. ispunjen evidencijski lit Komore,
2. dokaz o stručnoj kvalifikaciji koja obuhvaća formalno obrazovanje i profesionalnu osposobljenost izdan u Republici Hrvatskoj ili u državi članici EGP-a,
3. rješenje o priznavanju inozemne stručne kvalifikacije za obavljanje djelatnosti koju donosi nadležno tijelo u postupku priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija sukladno posebnom propisu,
4. rješenje o priznavanju specijalizacije izdano od strane ovlaštenog tijela u Republici Hrvatskoj,
5. dokaz o državljanstvu države članice EGP-a,
6. dokaz o poznavanju hrvatskog jezika izdan od licenciranog učilišta prema zajedničkom europskom referentnom okviru za jezike, minimalno stupanj C1 (napredni korisnik) osim ako je jezik dodiplomske izobrazbe bio hrvatski,
7. članstvo u staleškoj komori ili drugoj odgovarajućoj staleškoj udruzi u inozemstvu čiji je član,
8. dokaz da se protiv podnositelja zahtjeva u zemlji iz koje dolazi ne vodi disciplinski postupak (tzv. *good standing*). Potvrda ne smije biti starija od tri mjeseca, a izdaje je nadležna staleška organizacija čiji je član podnositelj zahtjeva.

Svi dokazi koji se prilažu zahtjevu za izdavanje Odobrenja moraju biti na hrvatskom jeziku odnosno moraju biti prevedeni na hrvatski jezik od strane ovlaštenog sudskog tumača.

Zahtjev i prilozi dostavljaju se u tiskanom papirnatom obliku.

U _____

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)