



**ZAKLADA ANA RUKAVINA**

**PRIJAVA  
za dodjelu sredstava za stručno usavršavanje**

OSOBNI PODACI KANDIDATA (ispunjava kandidat):

Ime	
Prezime	
OIB	
Adresa stanovanja	
Mjesto i poštanski broj	
Broj telefona	
Zdravstvena ustanova u kojoj je kandidat zaposlen	
Nadnevak podnošenja prijave	
Vlastoručni potpis kandidata	

PODACI O ZAPOSLENJU KANDIDATA (ispunjava zdravstvena ustanova u kojoj je kandidat zaposlen):

Naziv ustanove	
Od kada je kandidat zaposlen	
Radno mjesto kandidata	
Nadnevak ispunjavanja prijave	
Pečat zdravstvene ustanove i potpis ovlaštene osobe	

Potpisom ove prijave kandidat i zdravstvena ustanova i ovlaštena osoba u zdravstvenoj ustanovi (potpisnik prijave) pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću jamče za istinitost i potpunost podataka u prijavi.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ 2026. godine.