

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
VARAŽDIN
Nazorova 22, 42000 VARAŽDIN
tel. 042 303 900
e mail: czss.varazdin@mail.com

**ZAHTJEV ZA PROVOĐENJE OBVEZNOG SAVJETOVANJA PRIJE
POKRETANJA SUDSKOG POSTUPKA U VEZI S DIJETETOM**

PODNOŠITELJ (roditelji, drugi članovi obitelji, dijete koje je navršilo četrnaest godina):

I ime i prezime:
Adresa stanovanja:
Broj telefona/ mob.
E-mail adresa
Identifikacijski broj – OIB
Datum i mjesto rođenja:

DRUGI RODITELJ (drugi članovi obitelji):

I ime i prezime:
Adresa stanovanja:
Broj telefona/ mob.
E-mail adresa
Identifikacijski broj – OIB
Datum i mjesto rođenja:

Podaci o zajedničkoj mt. djeci (ime i prezime, OIB datum rođenja, adresa stanovanja):

1. _____ OIB _____ rođen/a _____
trenutno živi kod _____ na adresi _____
2. _____ OIB _____ rođen/a _____
trenutno živi kod _____ na adresi _____
3. _____ OIB _____ rođen/a _____
trenutno živi kod _____ na adresi _____
4. _____ OIB _____ rođen/a _____
Trenutno živi kod _____ na adresi _____

