

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

**ZAHTJEV ZA POKRETANJE POSTUPKA PROCJENE POSLOVNE
SPOSOBNOSTI**

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

Ime i prezime:				
Adresa stanovanja:				
Broj telefona/ mob.				
E-mail adresa				
Identifikacijski broj – OIB				
Datum i mjesto rođenja:				
Radni status zaposlena/a nezaposlen/a umirovljenik ostalo/što? (označite)				

PODACI O OSOBI NA KOJU SE ZAHTJEV ODNOSI

Ime i prezime:				
Adresa stanovanja:				
Broj telefona/ mob.				
E-mail adresa				
Identifikacijski broj – OIB				
Datum i mjesto rođenja:				
Radni status zaposlen/a nezaposlen/a umirovljenik ostalo/što? (označite)				

Podaci o članovima obitelji (ime i prezime, OIB, datum rođenja, adresa stanovanja):

Ime i prezime	OIB	Datum rođenja	Sr odstvo

IZJAVA

- I. Slobodnom voljom izjavljujem da su svi podaci u cijelosti točno navedeni u mojem zahtjevu, a za točnost podataka odgovaram materijalno i kazneno.
- II. Suglasan sam da Centar za socijalnu skrb Varaždina ima pravo uvidati u sve moje osobne podatke i podatke o ostvarenom dohotku, kao i podatke o mojoj imovini i imovini članova kućanstva, podatke nadležnih tijela o nekretnima, vozilima i plovilima te podatke svih financijskih institucija o novčanim sredstvima u mojem ili vlasništvu punoljetnih članova mog kućanstva te da iste podatke može obrađivati i koristiti u svrhu ostvarivanja prava u sustavu socijalne skrbi i razmjenjivati s drugim tijelima u tu svrhu.
- III. Informiran sam da se moji podaci čuvaju kao profesionalna tajna. Suglasan sam da se podaci mogu koristiti u postupcima ostvarivanja drugih prava i usluga u okviru ovog Centra. Isto tako sam suglasan da se podaci mogu dostavljati drugim službenim tijelima na osnovu njihovog pismenog zahtjeva.

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Preslika osobne iskaznice podnositelja zahtjeva
2. Mediцинska dokumentacija koja se odnosi na psihičko i fizičko zdravstveno stanje osobe za koju se pokreće postupak (ne stariji od 6 mjeseci)
 - otpisna pisma i liječnički nalazi
 - povijest bolesti liječnika obiteljske medicine
 - mišljenje i prijedlog psihijatra o poslovnoj sposobnosti

Molim, provjerite da ste poslali ili predali sve što smo Vas zamolili putem ovog obrasca. Provjerite jeste li potpisali obrazac i stavili datum

Datum _____

Potpis podnositelja/ice zahtjeva :
