

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

**ZAHTJEV ZA POKRETANJE POSTUPKA PROCJENE RADNE
SPOSOBNOSTI**
(u postupku utvrđivanja visine zajamčene minimalne naknade)

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

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

IZJAVA

- I. Slobodno mi 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 Varaždin ima pravo uvida 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. Istotako sam suglasan da se podaci mogu dostavljati drugim službenim tijelima na osnovu njihovog pismenog zahtjeva.

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Preslika osobne iskaznice podnosioca zahtjeva
2. Medicinska dokumentacija koja se odnosi na zdravstveno stanje podnosioca zahtjeva (ne stariji od 6 mjeseci)
 - otpisna pisma i liječnički nalazi
 - povijest bolesti liječnika obiteljske medicine

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 podnosioca/ice zahtjeva :
