

|                                                                                  |                                                                     |                                                                                        |                                   |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
|  | ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO<br>VARAŽDINSKE<br>ŽUPANIJE                 | <b>PRIJAVNICA ZA<br/>         TEČAJ<br/>         HIGIJENSKOG<br/>         MINIMUMA</b> | <b>Oznaka dokumenta: OB-JZ-41</b> |                         |
|                                                                                  | DJELATNOST ZA PROMICANJE<br>ZDRAVLJA I JAVNOZDRAVSTVENU<br>MEDICINU |                                                                                        | Izdanje: 1                        | Strana/stranica:<br>1/1 |

## PRIJAVNICA ZA TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA

(donja polja, molimo obavezno popuniti)

### Podaci za polaznika

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Ime i prezime:        | Ime roditelja:           |
| Datum rođenja:        | Mjesto i država rođenja: |
| OIB:                  | Stupanj stručne spreme:  |
| Naziv stručne spreme: | Naziv radnog mjesta:     |
| Telefon/Mobitel:      | e-mail:                  |

### Podaci za platitelja

|                                                                                            |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Naziv platitelja (naziv obrta, ime i prezime nositelja obrta ili naziv trgovačkog društva) |                    |
| Adresa platitelja:                                                                         | Vlasnik:           |
| OIB:                                                                                       | IBAN:              |
| Kontakt osoba:                                                                             | Telefon / Mobitel: |
| e-mail:                                                                                    |                    |

Donja polja, molimo obavezno označiti sa X

#### Polaznik radi u objektu pod nadzorom

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Sanitarna inspekcije | Veterinarske inspekcije |
|                      |                         |

#### Vrsta programa/tečaja

|                 |                   |                                                 |
|-----------------|-------------------|-------------------------------------------------|
| Osnovni program | Prošireni program | Program za kozmetičare, masere i tatoo majstore |
|                 |                   |                                                 |

**Ukoliko ste izabrali program za kozmetičare, masere i tatoo majstore, molim Vas da označite sa X**

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| Prvo polaganje programa | Obnavljanje |
|                         |             |

Popunjavanjem prijavnice za tečaj dajete privolu da se Vaši osobni podaci koriste isključivo u svrhu pohađanja tečaja. Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije jamči svakom polazniku da će njegovi osobni podaci biti adekvatno zaštićeni od pristupa neovlaštenih osoba te pohranjeni na sigurno mjesto i čuvani u skladu s uvjetima i rokovima.

Datum prijave: \_\_\_\_\_