

P R I J A V A

NA JAVNI POZIV ZA IMENOVANJE ZDRAVSTVENOG SAVJETA OPĆINE ILIDŽA

Prijavljujem se na Javni poziv za imenovanje u Zdravstveni savjet općine Ilidža:

/Ime i prezime – ime jednog roditelja/

/JMBG/

/Datum i mjesto rođenja/

/Adresa prebivališta/

/Kontakt telefon/

/navesti stečeno zvanje-profesiju/

Uz prijavu prilažem potrebnu dokumentaciju i to:

1. Biografija kandidata (sa kontakt podacima-adresa i kontakt telefon),
2. Uvjerjenje o državljanstvu (kopija ovjerena kod nadležne općinske službe),
3. Potvrda o mjestu prebivališta – CIPS (orginal ili kopija ovjerena kod nadležne općinske službe),,
4. Potvrda izdata od strane institucije, ustanove, udruženja, nevladine organizacije ili zdravstvenog sindikata o minimalno 3 godine radnog iskustva (orginal),
5. Potvrda izdata od strane institucije, ustanove, udruženja, nevladine organizacije ili zdravstvenog sindikata da podnosilac prijave ima evidentne rezultate rada u oblasti u kojoj djeluje.

Prijavljujem se kao (zaokružiti) :

- predstavnik pacijenata,
- predstavnik mladih,
- predstavnik općinskog organa uprave,
- predstavnik komore iz oblasti zdravstva,
- predstavnik stručnih udruženja,
- predstavnik udruženja za zaštitu pacijenata, sindikata,
- predstavnik zdravstvenih ustanova odnosno privatnih praksi,
- predstavnik Crvenog križa/krsta
- predstavnik zdravstvenih radnika iz zdravstvenih ustanova na području Općine Ilidža i penzionera.

U Ilidži, _____

PODNOŠILAC PRIJAVE
