

P R I J A V A  
NA PONOVLJENI 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. Uvjerenje 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 ) :

- a) predstavnik pacijenata,
- b) predstavnik mladih,
- c) predstavnik općinskog organa uprave,
- d) penzionera.

U Ilidži, \_\_\_\_\_

PODNOŠILAC PRIJAVE

---