**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POZITIVNOG MIŠLJENJA**

**ZA DOPUNSKI RAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i Prezime** |  |
| **Kontakt tel./mob.** |  |
| **E - mail** |  |
| **Broj licence** |  |
| **Specijalnost** |  |
| **Mjesto stalnog zaposlenja** |  |
| **Mjesto obavljanja dopunskog rada** |  |
| **Priložena dokumenta** | **▪ uplatnica od 50,00 KM****▪ potvrda o plaćanju mjesečne članarine Komori****▪ potvrda ustanove u kojoj će se obavljati dopunski rad****▪potvrda o dužini staža u zvanju specijaliste** |

**Podnosilac zahtjeva dužan je lično/osobno podnijeti zahtjev za izdavanje pozitivnog mišljenja za dopunski rad.**

Mostar,………….201\_ godina Potpis i pečat podnosioca zahtjeva:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_