

Ljekarska komora Zeničko-dobojskog kantona
Izvršni odbor Komore
Bulevar Kralja Tvrtka I 4
72000 Zenica

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POZITIVNOG
MIŠLJENJA O OBAVLJANJU POSLOVA DOPUNSKIM RADOM
POLJA OZNAČENA ZVIJEZDICOM (*) SU OBAVEZNA POLJA**

Ime i prezime *

Adresa stanovanja *

Stručna kvalifikacija *

Broj telefona i e-mail *

Ustanova zaposlenja *

**Molim Vas da mi u skladu sa članom 183. stav 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH
(Sl. novine FBiH broj 46/10, 75/13) i članom 5. stav 3. Pravilnika o načinu, postupku i uvjetima obavljanja
dopunskog rada zdravstvenih radnika u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi
(Sl. novine FBiH broj 60/12) izdate pozitivno mišljenje o obavljanju poslova dopunskim radom iz oblasti:**

Stručna kvalifikacija *

Oblast/uža oblast *

Dopunski rad ću obavljati u *

Uz zahtjev prilažem:

- ☐ Potvrdu o desetogodišnjem stažu o radu u zvanju specijaliste
- ☐ Potvrdu o naučnom zvanju
- ☐ Potvrdu o uplati naknade za rad Organa/Komisija u iznosu od 100,00KM, uplaćenu na TRN 1542802011027159

U _____, dana _____. godine

Vlastoručni potpis _____.