



Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije

Služba za epidemiologiju

Zvonarska 57, 32100 Vinkovci

tel.: 032 370 429, fax: 032 370 515

e-mail: epidemiologijavk@zzjz-vs-z.hr, www.zzjz-vs-z.hr

## PRIJAVNICA

### „Tečaj higijenskog minimuma“

Program tečaja	1. OSNOVNI PROGRAM (vidi kategorizaciju na <a href="https://www.zzjz-vs-z.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/higijenski-minimum.html">https://www.zzjz-vs-z.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/higijenski-minimum.html</a> )	2. PROŠIRENI PROGRAM (vidi kategorizaciju na <a href="https://www.zzjz-vs-z.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/higijenski-minimum.html">https://www.zzjz-vs-z.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/higijenski-minimum.html</a> )
Prijavu podnosi	1. Poslodavac	2. Polaznik osobno
Polaznik radi u objektu	1. Pod sanitarnim nadzorom	2. Pod veterinarskim nadzorom
Obavljanje sezonskih poslova	1. Da	2. Ne
<b>Podaci o polazniku tečaja</b>		
Ime i prezime		
Ime oca/majke		
Datum i godina rođenja		
Mjesto i država rođenja		
OIB/Broj putne isprave za strance		
Stečena stručna sprema		
Zvanje		
Poslovi na kojima polaznik radi		
Naziv pravne ili fizičke osobe koja upućuje polaznika na tečaj		
Kontakt telefon		
Adresa elektronske pošte (E-mail adress)		

**Tečaj/ispit se plaća prije polaganja ispita, uplatom na broj: HR6723400091100200668, model 00, poziv na broj: OIB.**

**Dokaz o izvršenoj uplati obavezno se donosi na ispit!**

#### **ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA:**

Popunjavanjem prijavnice za tečaj dajete priložiti da se Vaši osobni podaci koriste isključivo u svrhu pohađanja tečaja, a u skladu s važećim primjenjivim propisima iz područja zdravstva te Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka. Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske 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 predviđenim Pravilnikom o načinu i programu stjecanja potrebnog znanja o zdravstvenoj ispravnosti hrane (NN 116/2018).

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_ g.

Vlastoručni potpis: \_\_\_\_\_

Popunjava Zavod za javno zdravstvo:

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