

IME I PREZIME _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA (magistar farmacije, specijalizacija)

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL/MOB _____

ZAPOSLEN/A U _____

ADRESA ZAPOSLENJA _____ BROJ TEL _____

Na temelju Pravilnika o uvjetima za davanje, obnavljanje i oduzimanje Odobrenja za samostalan rad magistara farmacije Hrvatske ljekarničke komore, podnosim

**ZAHTEJEV ZA IZDAVANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD
(MAGISTRI FARMACIJE/DRŽAVLIJANI DRŽAVA EGP-a)**

Zahteju prilažem sljedeću dokumentaciju (zaokružiti redni broj dokumenata koji se prilaže):

1. ispunjen evidencijski list Hrvatske ljekarničke komore,
2. dokaz o stručnoj kvalifikaciji koja obuhvaća formalno obrazovanje i profesionalnu osposobljenost za profesiju magistra farmacije izdan u Republici Hrvatskoj ili državi EGP-a ili dokaz o priznatoj inozemnoj stručnoj kvalifikaciji za profesiju magistra farmacije, u skladu s posebnim propisom,
3. dokaz o položenom stručnom ispitu,
4. dokaz o državljanstvu,
5. dokaz o poznavanju hrvatskog jezika ili njemu srodnog i razumljivog jezika (bošnjački, srpski) - minimalno B2 stupanj znanja po Zajedničkom europskom referentnom okviru za jezike, osim ako je jezik dodiplomske izobrazbe bio hrvatski,
6. druge dokaze

(navesti koje)

Svi dokazi koji se prilažu zahteju moraju biti na hrvatskom jeziku i latiničnom pismu ili u ovjerenom prijevodu od strane sudskog tumača za hrvatski jezik, priloženi u ovjerenoj preslici od strane javnog bilježnika.

Zahtev i prilozi dostavljaju se u tiskanom papirnatom obliku.

U _____

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)