

Ime i prezime podnosioca zahtjeva:	
Adresa stanovanja:	
Kontakt telefon, e-mail adresa:	

ZDRAVSTVENA ŠKOLA
Šoltanska 15, Split

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE DUPLIKATA/PRIJEPISA SVJEDODŽBE

Prezime (i djevojačko prezime) i ime:	
Ime oba roditelja:	
Datum i mjesto rođenja:	
Država rođenja:	
Završio/la školske godine:	
Zanimanje:	

TRAŽI SE: Zaokružiti redni broj ispred onoga što se traži)

	o završenom/položenom
1. DUPLIKAT	1. prvom razredu
	2. drugom razredu
2. PRIJEPIS	3. trećem razredu
	4. četvrtom razredu
3. POTVRDA - školska isprava	5. petom razredu
	6. završnome ispitu
	7. dijelu završenog programa (razlikovni....)

Datum izdavanja duplikata/prijepisa/potvrde:	
Potpis osobe koja je preuzela ispravu, broj osobne iskaznice i izdavaatelj:	
IZJAVA O DAVANJU SUGLASNOSTI ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA Svojim potpisom dajem izričitu privolu Zdravstvenoj školi, Split, kao voditelju zbirke osobnih podataka (u daljnjem tekstu: Škola) da može prikupljati i obrađivati osobne podatke koji su ustupljeni školi u svrhu vođenja evidencije o izdavanju duplikata svjedodžbi.	

Napomena:

- Duplikat,/prijepis/potvrda izdaje se najdalje u roku od 15 dana od dana uredno zaprimljenog pismenog zahtjeva.
- Upravna pristojba u iznosu 70,00 kuna naplaćuje se na temelju Zakona o upravnim pristojbama ("N. N." br.115/16) i Tar. br.52, stavak 6. Uredbe o tarifi upravnih pristojbi ("N. N." br. 8/17) i na podnesku se poništava.