**OBRAZAC**

**Izjave o mogućnosti sudjelovanja na edukaciji u trajanju od cca 7-10 dana u organizaciji izabranog pružatelja usluge za HHMS**

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rođen/a dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime i prezime) (datum rođenja) (mjesto rođenja)

iz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (adresa i mjesto stanovanja)

po zanimanju \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

uz svoju prijavu na Ponovljeni javni poziv za edukaciju u helikopterskoj hitnoj medicinskoj službi (HHMS) prilažem sljedeću

**IZJAVU**

Izjavljujem i potvrđujem pod moralnom i materijalnom odgovornošću da ću biti u mogućnosti sudjelovati na edukaciji - obuci za rad u helikopterskoj hitnoj medicinskoj službi u trajanju od cca 7-10 dana u organizaciji izabranog pružatelja usluge za HHMS, u vrijeme i na lokaciji održavanja treninga i obuke koju odredi pružatelj usluge.

U Rijeci, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023. godine.

Vlastoručni potpis davatelja izjave:

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