PODNOSITELJ ZAHTJEVA Ako podnositelj zahtjeva ima

punomoćnika ili skrbnika

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Prezime i ime podnositelja zahtjeva) (Prezime i ime punomoćnika/skrbnika)

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

(Adresa podnositelja zahtjeva) (Adresa punomoćnika/skrbnika)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Telefon ili mobitel podnositelja zahtjeva) (Telefon ili mobitel punomoćnika/ skrbnika)

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

(OIB podnositelja zahtjeva) (OIB punomoćnika/skrbnika)

**GRAD POREČ-PARENZO**

**Upravni odjel za društvene djelatnosti**

**PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na sufinanciranje**

**dopunskog zdravstvenog osiguranja**

Obraćam se Naslovu s molbom da mi se temeljem odredaba Odluke o sufinanciranju dopunskog zdravstvenog osiguranja umirovljenika u 2019. godini odobri isplata novčanog iznosa određenog Odlukom.

Molim da se sufinancirani iznos isplati na moj račun IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

HR

Uz zahtjev prilažem:

**Svi podnositelji:**

- **osobnu iskaznicu** – na uvid

- **dokaz o mirovini**: presliku odreska od mirovine ili drugi odgovarajući dokaz o mirovini,

- **izjavu** da osim mirovine ne ostvaruje i druge prihode od redovnog radnog odnosa,

**-** po potrebi druga dokumentacija.

**Ako podnositelj zahtjeva ima skrbnika ili punomoćnika:**

- presliku rješenja o skrbništvu,

- punomoć u izvorniku.

|  |
| --- |
| **I Z J AVA**  kojom ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  zastupan po punomoćniku\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  zastupan po skrbniku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da osim mirovine ne ostvarujem prihode od redovnog radnog odnosa.\*    \*Pod pojmom **redovni radni odnos** podrazumijeva se radni odnos na neodređeno ili određeno vrijeme, za koji je zaključen **ugovor o radu** ili izdano **odgovarajuće rješenje o radu** na neodređeno ili određeno vrijeme. |

Predajom ovog zahtjeva dajem svoju suglasnost Gradu Poreču-Parenzo da u njemu navedene osobne podatke prikuplja, obrađuje i pohranjuje u svrhu ostvarivanja prava na sufinanciranje dopunskog zdravstvenog osiguranja i u svrhu kontaktiranja i isplate naknade. Osobni podaci bit će zaštićeni od pristupa neovlaštenih osoba, te pohranjeni na sigurno mjesto i čuvani u skladu s uvjetima i rokovima predviđenim pozitivnim zakonskim propisima i aktima Grada Poreča-Parenzo. Prava ispitanika i postupanje u odnosu na njegove i dane osobne podatke može vidjeti na [www.porec.hr](http://www.porec.hr).

Poreč-Parenzo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Potpis podnositelja zahtjeva/punomoćnika/skrbnika)