Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, fax-a i mob.:_____
Adresa za dostavu pošte:_____
Adresa objekta na koji se odnosi zahtjev: _____

OPĆINA HADŽIĆI
-Služba za civilnu zaštitu i mjesne zajednice –

PREDMET: Zahtjev za ocjenu zdravstvene i psihofizičke sposobnosti za učešće u akcijama zaštite i spašavanja, odnosno za obučavanje za učešće u civilnoj zaštiti.-

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Uz zahtjev prilažem:
_____
_____

(Navesti razloge zbog nemogućnosti učestvovanja u akcijama zaštite i spašavanja, odnosno nemogućnosti obučavanja za učešće u civilnoj zaštiti

Potpisom na obrascu dajem izričitu saglasnost Općini Hadžići za obradu ličnih podataka datih u navedenom zahtjevu.

U Hadžićima, _____ 20__. godine

Potpis podnosioca zahtjeva

_____