*Prilog 4.*

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

*(ime i prezime kandidata)*

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

*(adresa kandidata:ulica i broj)*

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

*(poštanski broj i grad)*

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

*(kontakt broj telefona ili mobitela kandidata)*

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje – Direkcija

Margaretska 3, Zagreb

**„Za 2. Javni natječaj za financiranje pripravničkog staža**

**doktora medicine, doktora dentalne medicine, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije u 2014. godini –**

**DODATNI ROK“**

**ZAHTJEV ZA FINANCIRANJE PRIPRAVNIČKOG STAŽA**

Molim gore navedeni naslov da mi odobri financiranje pripravničkog staža

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(točan naziv ugovorne zdravstvene ustanove/drugog ugovornog subjekta Zavoda )*

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(potpis kandidata)*

*Napomena:*

Kandidat uz zahtjev za financiranje pripravničkog staža **nije obvezan** dostaviti priloge iz točke VII. i VIII. Javnog natječaja.