|  |
| --- |
| **Република Србија**  **Kомора медицинских сестара и здравствених техничара Србије** [**https://www.kmszts.org.rs**](https://www.kmszts.org.rs) |

# ЗАХТЕВ

# ЗА ОБНАВЉАЊЕ ЛИЦЕНЦЕ ЗА МЕДИЦИНСКУ СЕСТРУ И ЗДРАВСТВЕНОГ ТЕХНИЧАРА

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** | | | | | | | | | | | | | |
| **Име и презиме** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Пребивалиште (улица, општина, град)** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Контакт телефон** |  | | | | | | | | | | | | |
| **ЈМБГ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Адреса електронске поште** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Адреса за пријем писмена (уколико се разликује од пребивалишта)** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Стручно звање/профил** |  | | | | | | | | | | | | |
| **ИД број** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Број лиценце и датум издавања** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Број и датум уверења о положеном лиценцном испиту** (*само за чланове који су полагали лиценцни испит и на тај начин испунили услов за обнављање лиценце*) |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ОСТАЛЕ ИНФОРМАЦИЈЕ ПОТРЕБНЕ ЗА РЕШАВАЊЕ ЗАХТЕВА** | | |
| **Професионални статус (заокружити)** | | |
| Назив, адреса државне или приватне установе/ приватне праксе у којој подносилац захтева обавља делатност |  | |
| Телефон: | Мејл: |
| ПИБ: | Матични број: |
| Датум започињања радног односа: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Подаци о врсти одсуства са рада (одабрати уколико постоје)** | | | |
| мировање радног односа | породиљско одсуство | одсуство са рада ради неге детета | одсуству са рада ради посебне неге детета |
| привремена спреченост за рад у периоду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

У прилогу захтева, достављам следећу документацију (*документ под редним бројем 3 орган прибавља по службеној дужности, уз изјаву подносиоца захтева)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р. бр. | Назив документа | Форма документа | Специфичности у вези документа |
|  | **Потврда/е организатора о учествовању на програмима континуиране медицинске едукације акредитованим за медицинске сестре и здравствене техничаре** | оригинал/оверена копија | *Подноси се само уколико подносиоцу захтева нису евидентирани сви стечени бодови у електронској евиденцији Коморе, у периоду важења лиценце* |
|  | **Потврда или уверење послодавца о утврђеном мировању радног односа / породиљском одсуству / одсуству са рада ради неге детета / одсуство са рада ради посебне неге детета или привременој спречености за рад** | оригинал/оверена копија | *Подноси се уколико неки од наведених основа постоје код подносиоца* |
|  | **Решење Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање о стицању права на старосну пензију** | оверена копија | *Подноси се у случају да је подносилац захтева корисник старосне пензије* |
|  | **Уверење о општој здравственој способности, издато од надлежне здравствене установе, не старије од шест месеци** | оригинал/оверена фотокопија | *Подноси се у случају да је подносилац захтева корисник старосне пензије* |

**Изјава подносиоца захтева у вези прибављања података по службеној дужности**

Сагласан/на сам да орган за потребе поступка може да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, који су неопходни у поступку одлучивања, сходно члану 103. став 3. Закона о општем управном поступку (*одабрати један од понуђених одговора*):

ДА

НЕ

Иако је орган обавезан да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, изјављујем да ћу сам/а за потребе поступка прибавити документа под редним бројем **\_\_\_3\_\_\_\_**

Упознат/а сам да, уколико наведене податке и документа, неопходна за одлучивање органа, не поднесем у року од најмање 8 дана, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним и решењем ће се одбацити.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| У |  | , дана | ф |  |  |
|  |  |  | |  | Потпис подносиоца захтева |

**ИНФОРМАЦИЈА ЗА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рок за решавање захтева** | 30 дана од дана подношења захтева |