

POTVRDA IZABRANOG LIJEČNIKA

Potvrđujem da _____ rođen/a _____
(ime i prezime)

s prebivalištem u _____

1. NE BOLUJE OD KRONIČNIH BOLESTI

2. NE BOLUJE OD PSIHIČKIH BOLESTI

3. IMA POTVRĐENE SLJEDEĆE KRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

4. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLJEDEĆE LIJEKOVE:

PUNA ADRESA ORDINACIJE I TELEFON:

MP

(datum izdavanja potvrde)

(žig i potpis doktora medicine)

MINISTARSTVO UNUTARNJIH POSLOVA
RAVNATELJSTVO POLICIJE
POLICIJSKA AKADEMIJA
POLICIJSKA ŠKOLA „JOSIP JOVIĆ“

Obrazac suglasnosti roditelja/skrbnika

SUGLASNOST

kojom ja

OIB

(Ime i prezime roditelja)

(OIB roditelja)

roditelj/skrbnik

OIB

(Ime i prezime učenika)

(OIB učenika)

dajem svoju suglasnost za sudjelovanje u selekcijskom postupku, zdravstvenom pregledu i upisu u Program srednjoškolskog obrazovanja odraslih za zanimanje policajac/policajka sukladno uvjetima Natječaja za upis polaznika/polaznica u Program srednjoškolskog obrazovanja odraslih za zanimanje policajac/policajka u 2026./2027. godini KLASA: 602-03/26-01/4, URBROJ: 511-01-156-26-4 objavljenom na web stranicama Ministarstva unutarnjih poslova 7. travnja 2026. godine.

U _____ dana _____ 2026. godine

Vlastoručni potpis roditelja/skrbnika:
