

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 SLIJEDEĆE KRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

4. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLIJEDEĆE LIJEKOVE:

PUNA ADRESA ORDINACIJE I TELEFON:

MP

(žig i potpis doktora medicine)

Napomena: Ovaj obrazac popunjavaju roditelji/skrbnici kandidata koji su mlađi od 18 godina

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

Obrazac suglasnosti roditelja / skrbnika

SUGLASNOST

kojom ja
roditelj / skrbnik

OIB

(ime i prezime roditelja/skrbnika)

(OIB roditelja/skrbnika)

OIB

(ime i prezime kandidata)

(OIB kandidata)

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 polaznik/polaznica u Program srednjoškolskog obrazovanja odraslih za zanimanje policajac/policajka u 2025./2026. godini KLASA: 602-03/25-01/3 i URBROJ: 511-01-156-25-1 objavljenog na web stranicama Ministarstva unutarnjih poslova 4. travnja 2025. godine.

U _____ dana _____ 2025. godine

Vlastoručni potpis roditelja/skrbnika:
