



**MEDICINSKA ŠKOLA VARAŽDIN**

Vinka Mederala 11, 42000 Varaždin

## ZAMOLBA ZA SUFINANCIRANJE PREHRANE UČENIKA

Ja, \_\_\_\_\_, OIB \_\_\_\_\_,  
(ime i prezime roditelja na kojeg glasi dječji doplatk) (OIB roditelja)

s adresom stanovanja \_\_\_\_\_, kao  
(mjesto i adresa stanovanja)

**RODITELJ/ZAKONSKI SKRBNIK/POSVOJITELJ/UDOMITELJ DJETETA**

\_\_\_\_\_, OIB \_\_\_\_\_,  
(ime i prezime učenika koji se prijavljuje) (OIB djeteta)

polaznika \_\_\_\_\_ razreda, strukovne kvalifikacije \_\_\_\_\_,  
(naziv smjera/zanimanja)

u Medicinskoj školi Varaždin, podnosim zahtjev da se gore imenovanom djetetu sufinancira školska prehrana u školskoj godini 2018./2019.

Zamolbi prilažem presliku Rješenja o priznavanju prava na doplatk za djecu ne starije od 1 godine ili preslike Potvrde o isplaćenom doplatku za djecu s naznačenim iznosom doplatka za dijete za koje se zahtjev podnosi. (podcrtati dokumentaciju koja se prilaže)

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
(mjesto) (datum)

Potpis roditelja/skrbnika:

\_\_\_\_\_

\* Svojim potpisom dozvoljavam da se prikupljeni podaci koriste i obrađuju isključivo i samo za potrebe provedbe projekta sufinanciranja prehrane srednjoškolaca kojeg provodi Varaždinska županija za školsku godinu 2018./2019. i u druge se svrhe ne smije koristiti.