



**MEDICINSKA ŠKOLA VARAŽDIN**

Vinka Međerala 11, 42000 Varaždin

## **ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE PREHRANE UČENIKA**

Ja, \_\_\_\_\_, OIB \_\_\_\_\_,  
(ime i prezime roditelja na kojeg glasi dječji doplatok) (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 2020./2021.

Molbi prilažem:

- 1. Rješenje o pravu na doplatok za djecu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje iz 2020. godine**
- 2. Potvrdu o isplaćenom doplatku za djecu na kojoj se jasno vidi visina dječjeg doplatka za prijavljenog učenika**  
(zaokružiti 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 2020./2021. i u druge se svrhe ne smije koristiti.