



MEDICINSKA ŠKOLA VARAŽDIN

Vinka Međerala 11, 42000 Varaždin

ZAHTJEV 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 2021./2022.

Molbi prilažem:

1. Rješenje o pravu na doplatk za djecu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje **iz 2021. 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 2021./2022. i u druge se svrhe ne smije koristiti.