

**ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE PREHRANE UČENICIMA MEDICINSKE ŠKOLE VARAŽDIN**

**u šk. god. 2024./2025.**

Ja, \_\_\_\_\_

*(ime i prezime roditelja/staratelja na kojeg glasi dječji doplatok)*

OIB \_\_\_\_\_

*(OIB roditelja/staratelja)*

s adresom stanovanja \_\_\_\_\_ kao

*(mjesto i adresa stanovanja)*

RODITELJ/ZAKONSKI SKRBNIK/POSVOJITELJ/UDOMITELJ DJETETA

\_\_\_\_\_, OIB djeteta \_\_\_\_\_

*(ime i prezime učenika koji se prijavljuje)*

polaznika \_\_\_\_\_ razreda Medicinske škole Varaždin

podnosim zahtjev da se gore imenovanom djetetu sufinancira školska prehrana u školskoj godini 2024./2025.

Zahtjevu prilažem *(molim zaokružiti redni broj ispred dokumenta koji prilažete)*:

1. Rješenje o pravu na doplatok za djecu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje iz 2024. godine

ili

2. Potvrdu o isplaćenom doplatku za djecu na kojoj se jasno vidi visina dječjeg doplatka za prijavljenog učenika

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 2024. godine.

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 šk. god. 2024./2025. i u druge se svrhe ne smiju koristiti.