

ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE ŠKOLSKE PREHRANE UČENICIMA MEDICINSKE ŠKOLE VARAŽDIN

u šk. god. 2026./2027.

Ja, _____

(ime i prezime roditelja/posvojitelja/staratelja na kojeg glasi dječji doplatak)

OIB _____

(OIB roditelja/posvojitelja/staratelja)

s adresom stanovanja _____ kao

(mjesto i adresa stanovanja)

RODITELJ/ POSVOJITELJ/STARATELJ 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 2026./2027.

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

1. Presliku Rješenja o pravu na doplatak za djecu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje iz 2026. godine

ili

2. Presliku Potvrde o isplaćenom doplatku za djecu na kojoj se jasno vidi visina dječjeg doplatka u jednom mjesecu za prijavljenog učenika.

U _____, _____ 2026. godine.

Potpis roditelja/posvojitelja/staratelja

*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. 2026./2027. i u druge se svrhe ne smiju koristiti.