**ZAHTJEV**

**ZA PONOVNOM PROVJEROM ZNANJA**

**RAD S KOZMETIKOM I U OBJEKTIMA ZA ULJEPŠAVANJE**

|  |  |
| --- | --- |
| Prezime i ime polaznika  (ime roditelja): |  |
| Datum, mjesto  i država rođenja: |  |
| OIB polaznika /  broj putne isprave za strance: |  |
| Stupanj školske spreme  i naziv radnog mjesta: |  |
| Naziv, OIB i adresa platitelja ponovne provjere znanja: |  |

Popunjavanjem zahtjeva za ponovnom provjerom znanaja dajete privolu da se Vaši osobni podaci koriste isključivo u svrhu pohađanja tečaja, a u skladu s važećim primjenjivim propisima iz područja zdravstva te Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka. Zavod za javno zdravstvo Koprivničko-križevačke županije jamči svakom polazniku da će njegovi osobni podaci biti adekvatno zaštićeni od pristupa neovlaštenih osoba te pohranjeni na sigurno mjesto i čuvani u skladu s uvjetima i rokovima previđenim Pravilnikom o načinu i programu stjecanja potrebnog znanja o zdravstvenoj ispravnosti hrane (NN 116/18, 9/20).

Ovim putem polaznik podnosi zahtjev da mu se omogući ponovna provjera potrebnog znanja o sprečavanju zaraznih bolesti sukladno Pravilnikom o načinu i programu stjecanja potrebnog znanja o sprečavanju zaraznih bolesti (NN 116/18, 9/20).

O terminu održavanju ponovne provjere znanja pravovremeno ćemo Vas obavijestiti.

Datum: Potpis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_