

## OBRAZAC

### Izjave o mogućnosti sudjelovanja na edukaciji u trajanju od cca 7-10 dana u organizaciji izabranog pružatelja usluge za HHMS

Ja, \_\_\_\_\_, rođen/a dana \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_  
(ime i prezime) (datum rođenja) (mjesto rođenja)

iz \_\_\_\_\_  
(adresa i mjesto stanovanja)

po zanimanju \_\_\_\_\_

uz svoju prijavu na Javni poziv za edukaciju u helikopterskoj hitnoj medicinskoj službi (HHMS) prilažem sljedeću

### IZJAVU

Izjavljujem i potvrđujem pod moralnom i materijalnom odgovornošću da ću biti u mogućnosti sudjelovati na edukaciji - obuci za rad u helikopterskoj hitnoj medicinskoj službi u trajanju od cca 7-10 dana u organizaciji izabranog pružatelja usluge za HHMS, u vrijeme i na lokaciji održavanja treninga i obuke koju odredi pružatelj usluge.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ . godine.

Vlastoručni potpis davatelja izjave:

\_\_\_\_\_