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

(ime, prezime i adresa podnositelja zahtjeva)

OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel/mob\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lepoglava, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (datum i godina)

 **GRAD LEPOGLAVA**

 **Jedinstveni upravni odjel**

 **Antuna Mihanovića 12**

 **42250 Lepoglava**

**PREDMET: sufinanciranje logopedskih usluga za dijete predškolske dobi, zahtjev**

Molim da se odobri pomoć za sufinanciranje logopedskih usluga za dijete/djecu:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ime i prezime djeteta datum rođenja

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ime i prezime djeteta datum rođenja

Naziv pravnog subjekta koji vrši uslugu logopedske terapije/dijagnostike

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

**Prilog:**

1. Dokazi o prebivalištu/ preslika osobne iskaznice podnositelja zahtjeva

**IZJAVA podnositelja zahtjeva / roditelja:**

Dobrovoljno dajem osobne podatke u svrhu ostvarivanja prava na sufinanciranje logopedskih usluga za dijete predškolske dobi, te svojim potpisom ovlašćujem nadležno gradsko upravno tijelo da ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti moje podatke u skladu sa provedbenim propisima o zaštiti osobnih podataka u svrhu u koju se prikupljaju, te se u druge svrhe neće koristiti.

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

 ( potpis roditelj/skrbnik)