

NAZIV ZDRAVSTVEVE USTANOVE	
----------------------------	--

Potvrđujemo da je \_\_\_\_\_  
(ime i prezime zaposlenika/ce)

Rođen/a \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_  
(datum) (mjesto i država rođenja)

prebivalište/adresa \_\_\_\_\_

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

u radnom odnosu na \_\_\_\_\_ vrijeme.  
(određeno/neodređeno)

ukupno trajanje radnog staža zaposlenika \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_.  
(godina) (mjeseci)

Imenovan/a radi u \_\_\_\_\_ na poslovima medicinske sestre – opće  
(naziv zdravstvene ustanove)

njege u/na \_\_\_\_\_  
(djelatnost, odjel, služba)

Potvrda se prikuplja u svrhu reguliranja satnice praktičnog dijela nastave na stručnom prijediplomskom studiju Sestrinstvo na Veleučilištu u Bjelovaru.

U \_\_\_\_\_ 2026. MP \_\_\_\_\_  
(ime i prezime, potpis odgovorne osobe)

Svojom potpisom dajem privolu Veleučilištu u Bjelovaru za prikupljanje i obradu mojih osobnih podataka u svrhu reguliranja satnice praktičnog dijela nastave na stručnom prijediplomskom studiju Sestrinstvo na Veleučilištu u Bjelovaru.

U \_\_\_\_\_ 2026. \_\_\_\_\_  
(ime i prezime, potpis student - a/ice)

Napomena: ispunjenu i ovjerenu potvrdu prilikom upisa na studij prilažu studenti zaposleni na poslovima medicinske sestre – opće njege.