



REPUBLIKA HRVATSKA
Županija Dubrovačko-neretvanska
MEDICINSKA ŠKOLA DUBROVNIK
p.p. 197, 20000 Dubrovnik, Baltazara Bogišića 10
tel: 020/420-504, tel./fax: 421-806, tel: 412-460
e-mail: tajnistvo@dumed.hr
MB: 0408263
OIB: 97070542319

Ime i prezime _____
(roditelj/skrbnik)

Adresa
stanovanja _____
(mjesto, ulica i broj)

OIB: _____
(roditelj/skrbnik)

(telefon ili mobitel roditelja/skrbnika)

S U G L A S N O S T

Suglasan/sna sam da Medicinska škola Dubrovnik posređuje pri zapošljavanju odnosno radnom angažiranju malodobnog

(ime i prezime učenika/ce)

OIB: _____
(učenika/ce)

U Dubrovniku, _____

Vlastoručni potpis davaoca suglasnosti

Napomena: u privitku obvezno dostaviti kopiju osobne iskaznice roditelja ili skrbnika.