|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime**  **podnositelja zahtjeva:** |  |
| **Adresa prebivališta:** |  |
|  |
| **OIB:** |  |
| **Tel./Mob.** |  |

|  |
| --- |
| **GRAD SVETI IVAN ZELINA**  **Upravni odjel za društvene djelatnosti, upravno-pravne i ostale poslove** |

**Predmet**: Zahtjev za sufinaciranje logopedskih tretmana djece u razdoblju siječanj-prosinac 2025.

godine

* *podnosi se*

Sukladno Odluci o sufinanciranju logopedskih tretmana djece u razdoblju siječanj – prosinac 2025. godine („Zelinske novine“, br. 40/24), podnosim zahtjev za sufinaciranje logopedskih tretmana djeteta:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime djeteta:** |  |
| **Datum rođenja:** |  |
| **Adresa prebivališta:** |  |
|  |
| **Naziv pružatelja usluge:** |  |

**Zahtjevu prilažem:**

1. izvod iz matične knjige rođenih ili rodni list za dijete
2. uvjerenje o prebivalištu djeteta
3. uvjerenje o prebivalištu ili presliku osobne iskaznice roditelja
4. dokaz mjerodavnog tijela o potrebi provođenja logopedskog tretmana (mišljenje liječnika pedijatra, specijalističke školske medicine ili logopeda, odnosno zdravstvene ustanove)

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

*/potpis podnositelja zahtjeva/*

Datum i mjesto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_