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

(ime i prezime roditelja podnositelja zahtjeva i OIB)

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

(ime i prezime djeteta i OIB)

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

(adresa)

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

(telefon ili mobitel)

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

(broj žiro ili tekućeg računa)

**OPĆINA SVETI ĐURĐ**

**Jedinstveni upravni odjel**

**Ulica braće Radić 1, 42233 Sveti Đurđ**

**PREDMET: Zahtjev za sufinanciranje logopedskih tretmana djece**

*- dostavlja se*

U skladu s odredbama Odluke o sufinanciranju logopedskih tretmana djece u razdoblju od 1. siječnja do 30. lipnja 2024. godine KLASA: 402-08/24-04/1, URBROJ: 2186-21-04-24-1, od 8.1.2024., ovim putem podnosim Zahtjev za sufinanciranje logopedskih tretmana mojeg djeteta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime djeteta).

Uz zahtjev prilažem:

* izvod iz matice knjige rođenih ili rodni list za dijete,
* uvjerenje o prebivalištu djeteta,
* uvjerenje o prebivalištu ili presliku osobne iskaznice roditelja,
* dokaz mjerodavnog tijela o potrebi provođenja logopedskih tretmana (mišljenje liječnika pedijatra, specijaliste školske medicine ili logopeda, odnosno zdravstvene ustanove),
* presliku kartice/broja tekućeg računa roditelja/skrbnika otvorenog u banci, na koji će se vršiti isplata.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024. godine

Potpis podnositelja zahtjeva

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