

PODNOŠITELJ ZAHTEVA

Ime i prezime: _____

Adresa prebivališta: _____

OIB: _____ **E-mail:** _____

Telefon: _____ **Mobitel:** _____

OPĆINA SVETI IVAN ŽABNO

Jedinstveni upravni odjel

Trg Karla Lukaša 11

48214 Sveti Ivan Žabno

ZAHTEV

za sufinanciranje troškova logopedске terapije u 2025. godini

U skladu s odredbama Odluke o sufinanciranju troškova logopedске terapije za djecu predškolske i osnovnoškolske dobi s prebivalištem na području Općine Sveti Ivan Žabno („Službeni glasnik Koprivničko-križevačke županije“, br. 6/25.) molim Općinu Sveti Ivan Žabno da mi odobri sufinanciranje troškova logopedске terapije tijekom kalendarske godine / do nastupa okolnosti iz članka 7. Odluke o sufinanciranju troškova logopedске terapije za djecu predškolske i osnovnoškolske dobi s prebivalištem na području Općine Sveti Ivan Žabno

za dijete _____, _____,
(ime i prezime djeteta) (OIB djeteta)

rođeno dana _____ godine,
(datum i godina rođenja djeteta)

s adresom prebivališta djeteta _____
(adresa prebivališta)

kod pružatelja usluge

(puni naziv, adresa sjedišta i OIB pružatelja usluge-logopedskog kabineta).

Suglasan/na sam s korištenjem i obradom osobnih podataka u svrhu razmatranja zahtjeva za sufinanciranje troškova logopedске terapije u 2025. godini.

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću jamčim za točnost navedenih podataka u zahtjevu za sufinanciranje troškova logopedске terapije u 2025. godini.

Zahtjevu prilažem (zaokružiti):

1. Izvadak iz matice rođenih / rodni list djeteta,
2. Uvjerenje o prebivalištu djeteta (ne starije od 30 dana) / presliku važeće osobne iskaznice djeteta,
3. Uvjerenje o prebivalištu za oba roditelja, samohranog roditelja odnosno skrbnika (ne starije od 30 dana) / preslike važećih osobnih iskaznica,
4. Mišljenje liječnika pedijatra ili specijaliste školske medicine o potrebi provođenja logopedске terapije, s naznakom jezično-govorne teškoće,
5. Dokaz da je dijete korisnik logopedске terapije - potvrda pružatelja usluge.

(mjesto i datum podnošenja zahtjeva)

(potpis)