

UPISNICA

NAZIV OBRAZOVNOG PROGRAMA	SPECIJALISTA ZAŠTITE NA RADU
PREZIME I IME POLAZNIKA/CE	
OIB	
NADNEVAK ROĐENJA (D.M.G)	
MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA	
ADRESA STANOVANJA	
RADNI STATUS	Zaposlen: <input type="checkbox"/> Nezaposlen: <input type="checkbox"/>
ZAVRŠENA ŠKOLA (navesti zanimanje)	
ZANIMANJE (posao koji obavljate)	
RADNO ISKUSTVO (godina)	
NAČIN FINANCIRANJA	Osobno: <input type="checkbox"/> Poslodavac: <input type="checkbox"/>
TEL/MOB (obavezno)	
E-MAIL (obavezno)	

Uz prijavu obavezno priložiti kopiju osobne iskaznice, domovnice, rodnog lista, potvrdu poslodavca o neprekidnom radu u trajanju od 6 mjeseci te liječničko uvjerenje medicine rada.

Popunjenu potpisanu upisnicu poslati na mail: uciliste.mentor@gmail.com ili dostaviti osobno

PRIVOLA: Potpisom ovog dokumenta ovlašćujem učilište Mentor da mojim osobnim podacima raspolaže isključivo za potrebe obrazovanja.

Dopuštam učilištu Mentor da moje podatke objavi u pisanom, zvučnom, audio i video zapisu u smislu promocije ustanove. Također sam svjestan da svoju privolu mogu povući pisanim putem u svakom trenutku.

Đakovo, _____

Potpis: _____