**ZAHTJEV**

**ZA OSLOBAĐANJEM OD PLAĆANJA ČLANARINE**

(podaci označeni sa \* obvezni su)

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME ČLANA\*** |  |
| **ČLANSKI BROJ\*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZLOZI ZA OSLOBOĐENJEM OD PLAĆANJA ČLANARINE\*** | **U VREMENU OD – DO\*** |
| Ne ostvarujem plaću zbog privremene nezaposlenosti |  |
| Privremena nesposobnosti za rad (bolovanje) dulje od 42 dana na teret HZZO-a |  |
| Rodiljni/roditeljski dopust |  |
| Drugi razlog |  |

|  |
| --- |
| **PRILOŽENI DOKUMENTI I OBRAZLOŽENJE\*** |
|  |

\*U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vlastoručni potpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(mjesto) (datum)*

**NAPOMENA:** U okviru važećih propisa o zaštiti osobnih podataka podaci članova prikupljaju se i obrađuju u okviru poslova Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora koji su izričito navedeni u Zakonu o edukacijsko-rehabilitacijskoj djelatnosti (vođenje javnih knjiga i evidencija Hrvatske komore

edukacijskih rehabilitatora i izrade odgovarajućih statističkih izvješća).