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

*(naziv predlagatelj)*

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

*(naslov predlagatelja)*

*(e-naslov predlagatelja)*

*(mobilna številka predlagatelja)*

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

*(datum)*

**OBČINA IVANČNA GORICA**

**KMVI**

**Sokolska ulica 8**

**1295 Ivančna Gorica**

**ZADEVA: PREDLOG KANDIDATA ZA PREDSTAVNIKA OBČINE IVANČNA GORICA V SVET JAVNEGA ZAVODA ZDRAVSTVENI DOM IVANČNA GORICA**

Za predstavnika Občine Ivančna Gorica v Svet javnega zavoda Zdravstveni dom Ivančna Gorica

predlagam naslednjega/-o kandidata/-ko:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek |  |
| Datum rojstva |  |
| Naslov stalnega prebivališča |  |
| E-naslov |  |
| Mobilna številka |  |
| Podatki o strokovni izobrazbi iz točke 1 javnega poziva |  |
| Dokazilo o ustreznih znanjih s pristojnosti in vlogi sveta zavoda, poslovanju, financiranju in organiziranosti zavoda ter znanja s področja zdravstvenega varstva, zavarovanja oz. zdravstvene dejavnosti iz točke 2 javnega poziva (izjava in potrdilo) |  |
| Izpolnjevanje pogojev iz točke 3 javnega poziva (izjava) |  |
| Izpolnjevanje pogojev iz točke 4 javnega poziva (izjava) |  |
| Izpolnjevanje pogojev iz točke 5 javnega poziva – obrazložitev: | |
|  | |

Podpis in žig predlagatelja:

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

*Izrazi, ki se nanašajo na osebe in so zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za ženski in moški spol.*

**SOGLASJE KANDIDATA**

Spodaj podpisani/-a (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rojen/-a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, stanujoč/-a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ potrjujem, da soglašam k imenovanju za predstavnika Občine Ivančna Gorica v Svet javnega zavoda Zdravstveni dom Ivančna Gorica in da sem pripravljen/-a opravljati funkcijo, če bom imenovana/-a ter dovoljujem, da se zgoraj navedeni osebni podatki obdelujejo za namen izvedbe postopka imenovanja.

Datum:

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

(podpis kandidata/-ke)