Obrazec št. 4 – Soglasje za pridobitev podatkov iz kazenske evidence pravnih/odgovornih oseb prijavitelja

**ZAHTEVEK ZA PODATKE IZ KAZENSKE EVIDENCE PRAVNIH/ODGOVORNIH OSEB**

|  |  |
| --- | --- |
| **Javni razpis »Razvoj novih organizacijskih oblik obravnave za osebe, ki zaradi posledic poškodb ali bolezni potrebujejo začasno obravnavo v instituciji«** | |
| **Ministrstvo za zdravje**  **Štefanova ulica 5**  **1000 Ljubljana** | |
| **Oznaka javnega razpisa** |  |
| **Predmet javnega razpisa** |  |
|  | |
| **Podatki o subjektu** | |
| **Polno ime subjekta** |  |
| **Sedež subjekta** |  |
| **Občina sedeža subjekta** |  |
| **Matična številka sedeža subjekta** |  |
| **Namen izdaje potrdila** | Preverjanje izpolnjevanja pogojev v skladu z javnim razpisom »Razvoj novih organizacijskih oblik obravnave za osebe, ki zaradi posledic poškodb ali bolezni potrebujejo začasno obravnavo v instituciji« |

Spodaj podpisani, pooblaščam Ministrstvo za zdravje, da za potrebe izvedbe predmetnega javnega razpisa pridobi vse potrebne podatke oz. potrdilo iz kazenske evidence pravnih/odgovornih oseb pristojnega organa.

Pooblastitelj: V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek:

Podpis in žig:

Obrazec št. 4 – Soglasje za pridobitev podatkov iz kazenske evidence fizičnih oseb prijavitelja

**ZAHTEVEK ZA PODATKE IZ KAZENSKE EVIDENCE FIZIČNIH OSEB**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Javni razpis » Razvoj novih organizacijskih oblik obravnave za osebe, ki zaradi posledic poškodb ali bolezni potrebujejo začasno obravnavo v instituciji «** | | |
| **Ministrstvo za zdravje**  **Štefanova ulica 5**  **1000 Ljubljana** | | |
| **Oznaka javnega razpisa** |  | |
| **Predmet javnega razpisa** |  | |
| **Podatki o fizični osebi** | | |
| **EMŠO** |  | |
| **Ime in priimek** |  | |
| **Datum rojstva** |  | |
| **Kraj rojstva** |  | |
| **Občina rojstva** |  | |
| **Stalno/začasno bivališče** | Ulica in hišna številka |  |
| Poštna številka in pošta |  |
| **Državljanstvo** |  | |
| **Moje prejšnje osebno ime se je glasilo** |  | |
| **Namen izdaje potrdila** | Preverjanje izpolnjevanja pogojev v skladu z javnim razpisom »Razvoj novih organizacijskih oblik obravnave za osebe, ki zaradi posledic poškodb ali bolezni potrebujejo začasno obravnavo v instituciji« | |

Spodaj podpisani, pooblaščam Ministrstvo za zdravje, da za potrebe izvedbe predmetnega javnega razpisa pridobi vse potrebne podatke oz. potrdilo iz kazenske evidence pravnih/odgovornih oseb pristojnega organa.

Pooblastitelj: V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek:

Podpis: