



OBRZAC V

***KOMORA ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA SVIH PROFILA
FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE***

IME I PREZIME _____

STRUČNI NAZIV _____

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____

BROJ MOBITELA _____

ZAPOSLEN/A U _____ OD: _____

ADRESA USTANOVE _____

POZICIJA/FUNKCIJA U USTANOVI _____

DATUM IZDAVANJA LICENCE KOJA SE OBNAVLJA _____

BROJ LICENCE KOJA SE OBNAVLJA _____

U skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti F BiH 46/10 i 75/13, Pravilnikom o postupku izdavanja licence, kao i sadržini i izgledu licence, Broj 01-37-5563/13 ,10. listopada 2013.godine Sarajevo, Federalnog ministarstva zdravstva te proizilazećim, Pravilnikom o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence) i Statuta Komore zdravstvenih tehničara svih profila Federacije Bosne i Hercegovine, podnosim



OBRZAC V

ZAHTJEV ZA RE-IZDAVANJE (PRODUŽENJE) ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE)

Zahtjevu prilažem slijedeću dokumentaciju (zaokružiti redni broj dokumenta koji se prilaže):

Za zdravstvene radnike – državljane BiH

1. Fotokopiju odobrenja za samostalan rad – Licence izdate od strane KZTFBiH koja se obnavlja
2. Dokaz o uplati naknade za izdavanje licence (30 KM)
3. Ovjerene fotokopije certifikata, diploma i drugih potvrda koje nose bodove u svrhu re-licenciranja zdravstvenih radnika, a u skladu sa Pravilnikom o sadržaju, rokovima i postupku provjere stručnosti zdravstvenih tehničara svih profila Federacije Bosne i Hercegovine
4. Spisak edukacija i certifikata prikupljenih za predhodnih 6 (šest) godina koji se prilažu u svrhu re-licenciranja zdravstvenog radnika, kako slijedi:

Naziv organizatora edukacije	Naziv edukacije	Vrsta potvrde (certifikat, diploma, potvrda i sl)	Datum završetka edukacije

Racun : 1610000136430026 - RAIFFEISEN BANK DD BOSNA I HERCEGOVINA SARAJEVO

Komisija za licenciranje, [Tel:+387\(0\)63023097](tel:+387(0)63023097) ; +387(0)61276387

GSM:Predsjednik; +387(0)62597207

info@kztfbih.ba

www.kztfbih.ba



OBRZAC V

Za zdravstvene radnike – strane državljane

Osim inavedene dokumentacije od 1 - 4, zdravstveni radnik – strani državljanin koji podnosi zahtjev za re-izdavanje licence u Federaciji BiH, a na temelju radne dozvole, dužan je uz ovaj zahtjev za re-izdavanje licence priložiti i sljedeće dokumente:

5. Dokaz o državljanstvu države Evropske unije, odnosno Evropskog privrednog prostora (EU/EPP) ili države koja nije članica EU/EPP, a ima bolonjski sistem obrazovanja;
6. Dokumentaciju određenu važećim propisima o kretanju i boravku stranaca, kao i azilu, radnu dozvolu za strance izdatu od nadležnog tijela u skladu sa propisima koji regulišu oblast zapošljavanja stranih državljana;
7. Potvrdu o članstvu i aktivnostima u odgovarajućoj komori/licencirajućeg strukovnog tijela iz države porijekla;
8. Potvrdu o poštivanju etičkih principa struke, odnosno da se protiv podnosioca zahtjeva ne vodi disciplinski postupak (tzv. *good standing*), koja ne smije biti starija od tri mjeseca, a izdaje je nadležna komora/licencirajuće strukovno tijelo, čiji je član podnosioc zahtjeva;
9. Potvrdu o poznavanju jednog od jezika koji je u službenoj upotrebi u BiH, izdatu od licencirane škole prema zajedničkom europskom referentnom okviru za jezike, minimalno C1 (napredni korisnik), osim ako je jezik dodiplomske nastave bio bosanski, srpski ili hrvatski jezik;
10. Zdravstveni radnici – strani državljani nisu dužni priložiti uvjerenje o položenom stručnom ispitu ukoliko su državljani EU/EPP, odnosno trećih zemalja koje imaju bolonjski sistem obrazovanja.
11. Dokumentacija mora biti na jednom od jezika koji su u službenoj upotrebi u BiH odnosno, ukoliko je na stranom jeziku, mora biti prevedena na jedan od službenih jezika koji su u službenoj upotrebi u BiH od strane ovlaštenog sudskog tumača.

Za zdravstvene radnike – penzionere

Osim dokumentacije navedene pod rednim brojevima od 1. – 4., zdravstveni radnik – penzioner koji podnosi zahtjev za re-izdavanje licence u Federaciji BiH, dužan je uz zahtjev za re-izdavanje licence priložiti i sljedeće dokumente:

12. Ovjerenu fotokopiju rješenja o korištenju starosne penzije;
13. Liječnički nalaz o zdravstvenoj sposobnosti za obavljanje poslove svoje struke.

(potpis podnosioca zahtjeva)

U _____
(navesti mjesto i datum)