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

IME I PREZIME PREDSTAVNIKA I OIB

ADRESA I KONTAKT BROJ TELEFONA

**Zadarska županija**

**Upravni odjel za zdravstvo,**

**socijalnu skrb, udruge i mlade**

**Zadar, B. Petranovića 8**

**ZAHTJEV**

**za izdavanje Rješenja (licencije) o ispunjavanju minimalnih uvjeta za pružanje socijalne usluge skrbi i boravka starijih i nemoćnih osoba**

Molim gore navedeni Naslov da mi izda Rješenje (Licenciju) o ispunjavanju minimalnih uvjeta za pružanje socijalne usluge skrbi i boravka starijih i nemoćnih osoba temeljem odredbi članka 169. i 17. Zakona o socijalnoj skrbi („Narodne novine“ broj: 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 16/17, 130/17, 98/19. i 64/20.) i Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga („Narodne novine“ broj: 40/14, 66/15 i 56/20).

Podnositelj Zahtjeva

**Prilozi:**