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

IME I PREZIME PREDSTAVNIKA I OIB

ADRESA I KONTAKT BROJ TELEFONA

 **Zadarska županija**

**Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb**

**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) i Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga (Narodne novine broj: 40/14, 66/15).

Podnositelj Zahtjeva

**Prilozi:**