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

IME I PREZIME PREDSTAVNIKA OBITELJSKOG DOMA I OIB

ADRESA OBITELJSKOG DOMA 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 socijalnih usluga u obiteljskom domu**

Molim gore navedeni Naslov da mi izda Rješenje (Licenciju) o ispunjavanju minimalnih uvjeta za pružanje socijalnih usluga u **Obiteljskom domu,** temeljem odredbi članka 184. i 185. 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).

Obiteljski dom moći će primiti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ korisnika.

Podnositelj Zahtjeva

**Prilozi:**