IZJAVA O ČLANOVIMA ZAJEDNIČKOG KUĆANSTVA

Radi ostvarivanja prava na stipendiju koju daje Psihijatrijska bolnica Lopača, pod kaznenom i materijalnom odgovornošću dajem sljedeću izjavu.

Upoznat/a sam da zajedničko kućanstvo čine bračni drugovi, izvanbračni drugovi, djeca i drugi srodnici ili druga zajednica osoba koji zajedno žive i prijavljeni su na istoj adresi prebivališta te privređuju, odnosno ostvaruju prihode na drugi način i troše ih zajedno. Izjavljujem da zajedničko kućanstvo čine:

učenik/ica - podnositelj/ica prijave za dodjelu stipendije:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ime (ime oca-majke) i prezime | datum rođenja | adresa prebivališta |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
| vrsta prihoda koje ostvaruje/nema prihoda | |  |

Ostali članovi zajedničkog kućanstva - srodnici učenika/ice:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RB | Ime (ime oca-majke) i prezime | Srodstvo sa studentom/icom | Datum rođenja | Adresa prebivališta | Vrsta prihoda koje ostvaruje/nema prihoda (zaposlen, nezaposlen, umirovljenik, učenik, student, itd.) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovoj izjavi točni i potpuni te ovlašćujem Naslov da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o dodjeli stipendije.

|  |  |
| --- | --- |
| Mjesto i nadnevak | (potpis učenika/ice podnositelja/ice prijave) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |