Temeljem odredbi Plana i Programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN.br.30/02.), **d a j e m**

**I Z J A V A**

 **Roditelj – skrbnik** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (adresa stanovanja)

 Po uočenom rizičnom ponašanju kod mog sina-kćeri \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

od strane stručnog osoblja Učeničkog doma Novi Zagreb, Zagreb, Avenija V. Holjevca 3, suglasan-na sam da se podvrgne testiranju na opojne droge od strane nadležnog tima školske medicine u cilju ranog otkrivanja zlouporabe opojnih droga.

 **Potpis roditelja-skrbnika**

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

 **Broj osobne iskaznice**

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

**U** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ god.

**N a p o m e n a:**

Izjava vrijedi za razdoblje boravka učenika u Domu i u druge svrhe ne može se koristiti.