

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

_____, _____ 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.