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

*(naziv predlagatelj)*

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

*(naslov predlagatelja)*

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

*(datum)*

**OBČINA POLJČANE**

**OBČINSKI SVET**

**KOMISIJA ZA MANDATNA VPRAŠANJA,**

**VOLITVE IN IMENOVANJA**

**Bistriška cesta 65**

**2319 POLJČANE**

**ZADEVA: PREDLOG KANDIDATA ZA PREDSTAVNIKA OBČINE POLJČANE V SVET ZAVODA ZDRAVSTVENI DOM SLOVENSKA BISTRICA**

Za predstavnika Občine Poljčane v svet zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica

predlagam naslednjega/-o kandidata/-ko:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek |  |
| Datum rojstva |  |
| Naslov stalnega prebivališča |  |
| Podatki o strokovni izobrazbi |  |
| Kratka obrazložitev: | |

Podpis in žig predlagatelja:

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

*Izrazi, ki se nanašajo na osebe in so zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za ženski in moški spol.*

**SOGLASJE KANDIDATA**

Spodaj podpisani/-a (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rojen/-a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, stanujoč/-a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ potrjujem, da soglašam k imenovanju za predstavnika Občine Poljčane v svet zavoda Zdravstveni dom Slovenska Bistrica in da sem pripravljen/-a opravljati funkcijo, če bom imenovana/-a ter dovoljujem, da se zgoraj navedeni osebni podatki obdelujejo za namen izvedbe postopka imenovanja.

V Poljčanah, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(podpis kandidata/-ke)