

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ U STUDENTSKI DOM

IME I PREZIME OSIGURANIKE/CE _____

BROJ OSIGURANIKA/CE (MBO): _____

OIB OSIGURANIKA/CE: _____

PREBIVALIŠTE OSIGURANIKA/CE: _____

Osiguranik/ca je osobno pristupio/la zdravstvenom pregledu radi izdavanja liječničke potvrde za smještaj u studentski dom.

Uvidom u osobni zdravstveni karton i po izvršenom pregledu utvrđeno je da osiguranik/ca ne boluje od kroničnih, akutnih ili psihičkih bolesti, te ne boluje od ovisnosti (zloropotreba droga ili alkohola) koje bi bile prepreka za smještaj u studentski dom.

NAPOMENA: Ova potvrda se izdaje na zahtjev osiguranika/ce u svrhu ostvarivanja prava na smještaj u studentskom domu, te se pohranjuje u zdravstvenom kartonu osiguranika/ce kod liječnika opće/obiteljske medicine.

U _____

Datum _____

Liječnik opće/obiteljske medicine

MP