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

 (ime i prezime)

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

 (OIB)

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

 (adresa prebivališta)

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

 (adresa boravišta)

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

 (kontakt broj mobitela)

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

 (e-mail adresa)

**ZAVOD ZA HITNU MEDICINU ZADARSKE ŽUPANIJE**

**IVANA MAŽURANIĆA 28**

**23000 ZADAR**

**PREDMET**: Zahtjev za isplatu razlike uvećanja plaće s osnova posebnih uvjeta rada i iznimne odgovornosti za život i zdravlje ljudi za sate odrađene u prekovremenom radu

 - upućuje se

Poštovani,

ovim putem upućujem zahtjev za isplatu pripadajuće razlike uvećanja plaće s osnova posebnih uvjeta rada i iznimne odgovornosti za život i zdravlje ljudi za sate odrađene u prekovremenom radu nastale u razdoblju trajanja mog radnog odnosa u Zavodu za hitnu medicinu Zadarske županije, a koja je utvrđena prema podacima iz Centraliziranog obračuna plaća.

Isplatu molim na tekući račun broj: IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Potpisom ovog zahtjeva potvrđujem da protiv Zavoda za hitnu medicinu Zadarske županije nisam podnio/la tužbu radi isplate razlike koja je predmet ovog zahtjeva.

Potpisom ovog zahtjeva dajem privolu na obradu osobnih podataka u svrhu isplate razlike uvećanja plaće s osnova posebnih uvjeta rada i iznimne odgovornosti za život i zdravlje ljudi za sate odrađene u prekovremenom radu.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (potpis)