**OČITOVANJE O PRIHVAĆANJU KANDIDATURE**

**ZA ČLANA/ČLANICU SAVJETA MLADIH**

**SISAČKO-MOSLAVAČKE ŽUPANIJE**

**Ja** (ime i prezime)

|  |
| --- |
|  |

**rođen/a** (dan, mjesec i godina rođenja)

|  |
| --- |
|  |

**sa stalnim prebivalištem u** (mjesto i adresa)

|  |
| --- |
|  |

**izjavljujem da prihvaćam kandidaturu za člana/članicu Savjeta mladih Sisačko-moslavačke županije**

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis kandidata/kandidatkinje

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

 Broj telefona/mobitela:

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