**I Z J A V A**

I/ Izjavljujem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 pravna ili fizička osoba

 osoba pružatelj socijalne usluge

iz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mjesto i adresa

II/Izjavljujem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ime i prezime osobe ovlaštene

 za zastupanje pravne osobe

iz\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 naziv i adresa pravne osobe

pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da će potreban broj radnika koji će biti zaposleni ili su zaposleni proći obuku iz zaštite na radu i siguran način rada za uslugu za koju se podnosi zahtjev sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi („N.N.“ broj: 18/22, 46/22, 119/22, 71/23) i Pravilnika o mjerilima za pružanje socijalnih usluga („N.N.“broj: 110/22, 58/24),