

**OBAVIJEST / POZIV  
NA PROVJERU ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI  
KANDIDATIMA / KANDIDATKINJAMA  
ZA UPIS U PROGRAM SREDNJOŠKOLOSKOG OBRAZOVANJA ODRASLIH ZA  
ZANIMANJE POLICAJAC / POLICAJKA  
U 2018. / 2019. GODINI**

**Na temelju selekcijsko – razredbenog postupka, a nakon provjere osobne dostojnosti za obavljanje policijske službe pozivaju se na zdravstveni pregled kandidati / kandidatkinje koji su zadovoljili na testiranju provedenom za dio kandidata iz Zadarske, Šibensko-kninske, Virovitičko-podravske i Požeško-slavonske županije.**

Zdravstveni pregledi provodit će se u 20. i 21. kolovoza 2018. godine.

Kandidati moraju doći u Dom zdravlja MUP-a, Zagreb, Šarengradska 3, Medicina rada (II. kat – soba 203) **u 7.00 sati** – natašte, te sa sobom ponijeti osobnu iskaznicu i potvrdu izabranog liječnika.

**Obavijest o datumu liječničkog pregleda  
doznat će klikom [OVDJE](#).**

Ukoliko kandidat nosi leće, ne smije ih nositi tri dana prije liječničkog pregleda te na pregled doći bez njih.

Prije dolaska na utvrđivanje zdravstvene sposobnosti, kandidati moraju od svog izabranog liječnika opće prakse pribaviti potvrdu da nisu bolovali i da ne boluju od psihičkih i kroničnih tjelesnih bolesti. Ukoliko su bolovali od naprijed navedenih bolesti, moraju donijeti kompletnu medicinsku dokumentaciju iz koje će biti razvidan tijek i način liječenja bolesti.

**Potvrdu izabranog liječnička, koju će popuniti izabrani liječnik kandidata i koju će kandidat donijeti na zdravstveni pregled u Dom zdravlja MUP-a možete preuzeti klikom [OVDJE](#).**

Kandidat / kandidatkinja koji **se ne odazove pozivu na zdravstveni pregled bit će isključen iz natječajnog postupka.**

## POTVRDA IZABRANOG LIJEČNIKA

Potvrđujem da \_\_\_\_\_ rođen/a \_\_\_\_\_  
(ime i prezime)

s prebivalištem u \_\_\_\_\_

1. NE BOLUJE OD KRONIČNIH BOLESTI
2. NE BOLUJE OD PSIHIČKIH BOLESTI
3. IMA POTVRĐENE SLIJEDEĆE KRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

---

---

---

---

4. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLIJEDEĆE LIJEKOVE:

---

---

---

---

**PUNA ADRESA ORDINACIJE I TELEFON:**

---

---

---

**MP**

\_\_\_\_\_  
(žig i potpis doktora medicine)