



**Republika Hrvatska
Grad Zagreb**

(Ured, zavod, služba)

KLASA:
URBROJ:
Zagreb,

**UPUTNICA ZA UTVRĐIVANJE PRISUTNOSTI SREDSTAVA
OVISNOSTI U ORGANIZMU**

Upućuje se _____ u zdravstvenu ustanovu _____
(ime i prezime) (naziv i adresa)

radi utvrđivanja prisutnosti sredstava ovisnosti u organizmu.

OSNOVNI PODACI

Ime i prezime službenika/namještenika _____

Naziv gradskoga upravnog tijela u kojem službenik/namještenik
radi te radno mjesto službenika/namještenika _____

Datum i vrijeme upućivanja _____

Ime i prezime osobe na zahtjev koje se obavlja provjera te radno
mjesto _____

Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja provjera
sredstava ovisnosti _____

UPOZORENJE

- Službenik/namještenik je usmeno upozoren na to da se smatra da je pod utjecajem sredstava ovisnosti ako odbije pristupiti provjeri.
- Službenik/namještenik je usmeno upozoren da obavi pregled isti dan kad je upućen.

OVLAŠTENA OSOBA

Ime i prezime