

**PRIJAVNICA ZA TRODNEVU EDUKACIJU NAPREDNE RAZINE**

**PROGRAMA *PoMoZi Da***

**Županija:**

|  |  |
| --- | --- |
| IME I PREZIME: |  |
| ŠKOLA: |  |
| ADRESA ŠKOLE: |  |
| RADNO MJESTO: |  |
| E-MAIL: |  |
| TELEFON: |  |

**Napomena:** Ako želite proći trodnevnu edukaciju napredne razine programa *PoMoZi Da*, ispunjenu prijavnicu i potvrdu o završenoj osnovnoj razini pošaljite na e-mail kontakt osobe iz svog županijskog zavoda za javno zdravstvo. Tablica s kontaktima za svaki županijski zavod nalazi se u prilogu.