

Temeljem odredbi Plana i Programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN.br.30/02.), d a j e m

## IZJAVA

U slučaju postojanja osnovane sumnje na konzumaciju narkotika od strane moje kćeri \_\_\_\_\_ suglasan-na sam da se podvrgne testiranju na opojne droge od strane stručnog osoblja nadležnog tima UD Marije Jambrišak u svrhu daljnjeg informiranja i komunikacije.

Potpis roditelja :

Napomena :

Izjava vrijedi za razdoblje boravka učenika u Domu i u druge svrhe se ne može koristiti