



GRAD KASTAV

OBRAZAC - NOVČANA POMOĆ (RADNE BILJEŽNICE)
UČENICI OSNOVNE ŠKOLE OŠ MILAN BROZOVIĆ, KASTAV

IME I PREZIME UČENIKA: _____

OIB UČENIKA: _____

RAZRED U ŠKOLSKOJ GODINI 2025./2026.: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA UČENIKA (provjera će se izvršiti putem evidencije MUP-a):

IME I PREZIME RODITELJA: _____

OIB RODITELJA: _____

KONTAKT TELEFON: _____

BROJ RAČUNA ZA ISPLATU - IBAN: HR _____

NAZIV BANKE: _____

IME KORISNIKA RAČUNA: _____

DATUM _____

POTPIS _____

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću jamčim da su podaci navedeni u zahtjevu točni.
Svojim potpisom dajem suglasnost Gradu Kastvu da podatke navedene u obrascu prikuplja, obrađuje i provjerava isključivo u svrhu ostvarivanja prava temeljem Zaključka KLASA: 602-02/24-01/05, URBROJ: 2170-7-02/02-24-1, a sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka i Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka ("Narodne novine" br. 42/18).