**З А Х Т Е В**

**ЗА ЛИЦЕНЦИРАЊЕ ЛЕКАРА – ФИЗИОТЕРАПЕУТА КЛУБА**

**ЗА ТАКМИЧАРСКУ 2025/26. ГОДИНУ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Име и презиме лекара-физиотерапеута:** |  |
| **Фудбалски клуб:** |  |
| **Степен такмичења:** |  |
| **Место и година рођења:** |  |
| **ЈМБГ:** |  |
| **Стручна спрема:** |  |
| **Занимање:** |  |
| **Радно место:** |  |
| **Адреса становања:** |  |
| **Контакт телефони:** |  |
| **Раније функције у фудбалу:** |  |

|  |
| --- |
| ПРИМЕДБЕ И ПРЕДЛОЗИ: |

**НАПОМЕНЕ:**

- За лекара-физиотерапеута клуба може се ангажовати лице са завршеном средњом школом медицинског профила.

- Уз захтев обавезно приложити копију дипломе лекара-физиотерапеута о стеченом образовању, као и копију личне карте.

- Све наведене документе убацујете у КОМЕТ систем, најкасније 7 дана пре почетка такмичења.

У Шапцу, Потпис медицинског радника:

дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_. године \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. Потпис овлашћеног лица клуба:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_