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

Naziv institucije

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

Sjedište

KLASA:

URBROJ:

Mjesto:

Datum:

Predmet: **Suglasnost za sudjelovanje u prilagodbi nacionalnih ispita i popratnih ispitnih materijala za tisak na Brailleovu pismu u školskoj godini 2024./2025.**

za zaposlenika/cu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ime i prezime

zaposlen/a kao \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Naziv radnog mjesta

u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Naziv institucije

Suglasan sam s prijavom zaposlenika/ce i njegovim/njezinim sudjelovanjem u prilagodbi nacionalnih ispita i popratnih ispitnih materijala za tisak na Brailleovo pismo u školskoj godini 2024./2025.

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

Potpis čelnika ustanove