*Obrazac broj 1*

**ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA**

|  |
| --- |
| **Podnositelj zahtjeva (ime i prezime/naziv, adresa/sjedište, telefon i/ili e-pošta)** |
| **Naziv tijela javne vlasti/sjedište i adresa**  CENTAR ZA AUTIZAM  Vinkovačka 3, 31 000 Osijek |
| **Informacija koja se traži** |
| **Način pristupa informaciji***(označiti)* |
| ☐ neposredan pristup informaciji,  ☐ pristup informaciji pisanim putem  ☐ uvid u dokumente i izrada preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju,  ☐ dostavljanje preslika dokumenata koji sadrži traženu informaciju,  ☐ na drugi prikladan način (elektronskim putem ili drugo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

                                                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                   (vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                (mjesto i datum)

Napomena: *Tijelo javne vlasti ima pravo na naknadu stvarnih materijalnih troškova od podnositelja zahtjeva u svezi s pružanjem i dostavom tražene informacije.*