



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ISTARSKE ŽUPANIJE
ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE ISTRIANA
www.zzjiz.hr

Tel. +385 52 529 000 Fax +385 52 222 151

ZAHTJEV ZA DOPUNU ILI ISPRAVAK INFORMACIJE

Podnositelj zahtjeva (ime i prezime / naziv, adresa / sjedište, telefon i/ili e-pošta)

Naziv tijela javne vlasti / sjedište i adresa

Informacija koja se traži

Dana _____ podnio/la sam zahtjev za pristup informaciji gore navedenom tijelu javne vlasti sukladno članku 18. stavku 1. Zakona o pravu na pristup informacijama (NN 25/13 i 85/15) kojim sam zatražio/la dostavu informacije (*navesti koja je informacija zatražena*):

Budući da sam dana _____ zaprimio/la informaciju koja nije ona koju sam zatražio/la ili je nepotpuna (*zaokružiti*), molim da mi se sukladno odredbi članka 24. stavka 1. i 2. Zakona o pravu na pristup informacijama dostavi dopuna odnosno ispravak sljedećih informacija:

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.