

**ГРАДСКИ ФУДБАЛСКИ САВЕЗ СМЕДЕРЕВО**

Ђуре Даничића 6, Смедерево, телефон-факс: 026 4627061

жирорачун: 150-2200310000946-87КБМБАНКА,СМЕДЕРЕВО

[www.gfssmederevo.rs](http://www.gfssmederevo.rs)е-поштa :[gfssmederevo@gmail.com](mailto:gfssmederevo@gmail.com)

**З А Х Т Е В**

**ЗА ЛИЦЕНЦИРАЊЕ ФИЗИОТАРАПЕУТА КЛУБА**

**ЗА ТАКМИЧАРСКУ 2023/24.ГОДИНУ**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме физиотарапеута: |  |
| Фудбалски клуб: |  |
| Степен такмичења: |  |
| Место и година рођења: |  |
| ЈМБГ: |  |
| Стручна спрема: |  |
| Занимање: |  |
| Радно место: |  |
| Адреса становања: |  |
| Број телефона (мобилни): |  |
| Раније функције у фудбалу: |  |

**НАПОМЕНА: за физиотарапеута клуба може се ангажовати лице са минимум завршеном средњом школом медицинске струке.**

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

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

у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Потпис физиотарапеута:

дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022.године \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. Потпис овлашћеног лица клуба:

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