



ZAHTEVA ZA DOSTOP DO INFORMACIJ JAVNEGA ZNAČAJA

Naziv in naslov organa:

Naziv	CENTER ZA SOCIALNO DELO MARIBOR
Naslov, pošta in kraj	Zagrebška cesta 72, 2000 Maribor
Matična številka	8275009000
Identifikacijska številka	61795461
E-poštni naslov	gp-csd.marib@gov.si
Telefonska številka	02 250 66 00

Prosimo vas, da v nadaljevanju izpolnite del zahteve, ki se nanaša na vas.

Podatki o prosilcu (pravna oseba)*:

Naziv pravne osebe	
Naslov, pošta in kraj sedeža	
Kontaktne podatke (telefonska številka, elektronska pošta)	
Podatki o zakonitem zastopniku	
Podatki o pooblaščenцу <u>Obvezna priloga: pooblastilo</u>	

*Izpolnite v primeru, da je uporabnik, ki zahteva informacije javnega značaja, pravna oseba.

Podatki o prosilcu (fizična oseba)*:

Ime in priimek	
Naslov, pošta in kraj prebivališča	
Kontaktne podatke (telefonska številka, elektronska pošta)	
Podatki o pooblaščenцу <u>Obvezna priloga: pooblastilo</u>	

*Izpolnite v primeru, da je uporabnik, ki zahteva informacije javnega značaja, fizična oseba.

**Na podlagi Zakona o dostopu do informacij javnega značaja (ZDIJZ)¹ naslovni organ
zapošlam za dostop do naslednjih dokumentov**

¹ Uradni list RS, št. 51/06 – uradno prečiščeno besedilo, 117/06 – ZDavP-2, 23/14, 50/14, 19/15 – odl. US, 102/15 in 7/18

(čimbolj določno opišite dokumente, ki jih želite prejeti):

--

Zahtevane informacije naj se zagotovijo v naslednji obliki (prosim označite):

Vpogled in/ali prepis osebno pri organu	<input type="checkbox"/>
Fotokopija ali izpis v formatu A4 posredovano v fizični obliki (preko navadne pošte)	<input type="checkbox"/>
Izpis in posredovanje elektronskega zapisa (preko elektronske pošte)	<input type="checkbox"/>
Druge oblike: _____	<input type="checkbox"/>

Stroškovnik za posredovanje informacij vam je na voljo v okviru vsebine kataloga informacij javnega značaja, ki je javno objavljen na spletni strani naslovnega organa.

Kraj in datum: _____

**Lastnoročni podpis
(zastopnika) prosilca:** _____