|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAVEZ RAČUNOVOĐA, REVIZORA I FINANSIJSKIH RADNIKA FBIH****SAVEZ RAČUNOVOĐA, REVIZORA I FINANCIJSKIH DJELATNIKA FBIH****KNEZA VIŠESLAVA BB, 88 000 Mostar, tel/fax: 036/318-660, 036/334-184****e-mail:info@ srr-fbih.org****web:www.srr-fbih.org** |

**ZAHTJEV**

**ZA IZDAVANJE CERTIFIKATA ZA OR**

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME** |  |
| **Ime jednog roditelja** |  |
| **Datum rođenja** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Spol (zaokružiti)** | ženski | muški |
| **Adresa i mjesto stanovanja** |  |
| **Kontakt telefon** |  |
|  **e-mail** |  |
| **ZAPOSLEN (Obvezno navesti naziv, mjesto i adresu institucije u kojoj ste zaposleni i adresu)** |  |
| **ID institucije** |  |
|  **Sektor zaposlenja (zaokružiti)** | * **Javna praksa** (osobe koje rade u računovodstvenim ili revizorskim tvrtkama, odnosno pružaju profesionalne računovodstvene, revizijske, porezne i konzultantske usluge)
* **Privreda/industrija**
* **Javni sektor** (osobe koje rade u javnom sektoru)
* **Zaposlenje u obrazovnim institucijama** (kao profesor, nastavnik…)
* **Umirovljenik**
* **Nezaposlen**
* **Ostalo (navesti) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |
| **Oblik uposlenja (zaokružiti)** | a) Samozaposlenb) Zaposlenik |
| **Stručna sprema (zaokružiti)** | * Doktori ekonomskih znanosti
* Magistri ekonomskih znanosti
* Diplomirani ekonomisti prije bolonje
* Magistri ekonomije
* Bachelor ekonomije (znanstveni)
* Bachelor ekonomije (stručni)
* Akademski/znanstveni ili stručni neekonomski studij
* Ostalo (navesti)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Jezik na kojem želite certifikat i licencu**  (bosanski, hrvatski ili srpski)  |  |
| **Podaci o položenim ispitima za OR**(navesti ispite i rokove na kojima su položeni ili su priznati u postupku redukcije ispita) |   |

**Napomena:**

**VAŽNO: Potrebno je ispuniti sva predviđena polja s podacima u zahtjevu.**

Uz ovaj zahtjev potrebno je dostaviti i:

* Dokaz o plaćenoj članarini za 2020. godinu u iznosu od 50,00 KM.
* Uvjerenje o praktičnom iskustvu izdanu od strane poslodavca a u skladu sa Odlukom o uvjetima za stjecanje zvanja u računovodstvenoj profesiji
* Izjava prihvaćanju prava i obveze koja proizlaze iz Međunarodnog kodeksa etike za profesionalne računovođe (dostupno u nastavku dokumenta)
* U slučaju redukcije ispita ako su isti priznati dostaviti pripadajuću Odluku Komisije i dokaz o uplati ispita priznatih redukcijom

Zahtjev i tražene dokumente poslati **na fax**: 036/334-184 ili na e-mail srrfbih.mostar@gmail.com. a najkasnije do 10.8.2020.

**Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020. godine**

**Mjesto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Svojim potpisom jamčim za istinitost i točnost svih podataka koji su navedeni u zahtjevu, kao i u prilozima zahtjevu.**

 **Podnositelj zahtjeva**

  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(vlastoručni potpis)**

**I Z J A V A**

Ovim putem izjavljujem da prihvaćam prava i obveze koja proizlaze iz Međunarodnog kodeksa etike za profesionalne računovođe kao i iz drugih općih akata Saveza računovođa, revizora i financijskih djelatnika Federacije BiH, a posebno obvezu kontinuiranog profesionalnog usavršavanja u cilju obnavljanja i inoviranja svojih profesionalno-stručnih znanja i vještina, predviđenih za ovaj stupanj stručnog zvanja, a sukladno članku 6. stavak 2. Zakona o računovodstvu i reviziji BiH.

**Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020. godine**

**Mjesto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Davatelj izjave**

  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(vlastoručni potpis)**