

**OČITOVANJE O PRIHVAĆANJU KANDIDATURE ZA ČLANA
SAVJETA MLADIH OPĆINE KLOŠTAR IVANIĆ**

Ja
(ime i prezime) (adresa)

.....
(dan, mjesec i godina rođenja)

Izjavljujem da prihvaćam kandidaturu za člana Savjeta mladih Općine Kloštar Ivanić.

U
(mjesto i datum)

.....
(potpis kandidata za člana)

.....
(broj tel. ili mob.)