



ZAHTJEV ZA IZDAVANJE CERTIFIKATA ZA CR

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)		
ID institucije		
Sektor zaposlenja (zaokružiti)	<ul style="list-style-type: none">• 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...)• Zaposlenje u udrugama / fondacijama• Umirovljenik / zaposlen• Umirovljenik• Nezaposlen• Ostalo (navesti) _____	
Oblik uposlenja (zaokružiti)	a) Samozaposlen b) Zaposlenik	

Radim na izradi i sastavljanju financijskih izvještaja (zaokružiti)	Da	Ne
Stručna sprema (zaokružiti)	<ul style="list-style-type: none"> • Doktori ekonomskih znanosti • Magistri ekonomskih znanosti (mr.sc.) • Diplomirani ekonomisti prije bolonje • Magistri ekonomije 300 ECTS • Bachelor ekonomije 240 ECTS (znanstveni) • Bachelor ekonomije 180 ECTS (znanstveni) • Bachelor ekonomije 240 ECTS (stručni) • Bachelor ekonomije 180 ECTS (stručni) • VŠS • Znanstveni ili stručni neekonomski studij • SSS • Ostalo (navesti)_____ 	
Jezik na kojem želite certifikat (bosanski, hrvatski ili srpski)		
Podaci o položenim ispitima za CR (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 plaćenju članarini za tekuću godinu;
- Uvjerenje o praktičnom iskustvu izdanu od strane poslodavaca sukladno važećoj Odluci o uvjetima za stjecanje zvanja u računovodstvenoj profesiji;
- Izjava o 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 kao i dokaz o uplati ispita priznatih redukcijom;

Zahtjev i tražene dokumente dostaviti u roku od 7 dana od objave rezultata testiranja ili ispunjena uvjeta u svezi praktičnog iskustva. Isto se dostavlja isključivo na e-mail srrfbih.mostar@gmail.com

Datum_____.

Mjesto_____

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

Podnositelj zahtjeva

(vlastoručni potpis)

IZJAVA

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_____.

Mjesto_____

Davatelj izjave

(vlastoručni potpis)