
(ime i prezime)

(OIB)

(adresa)

**AGENCIJA ZA OSIGURANJE
RADNIČKIH TRAŽBINA**

Frankopanska 11
10000 Zagreb

IZJAVA O ODRICANJU OD PRAVA NA ŽALBU

Ja, _____ iz _____,
_____, izjavljujem da se sukladno čl.
106. st. 1. Zakona o općem upravnom postupku („Narodne novine“, broj 47/09,
110/21) odričem prava na žalbu na rješenje Agencije za osiguranje radničkih
tražbina:
KLASA: _____, URBROJ: _____,
od _____ godine.

U _____, dana _____ godine.

(vlastoručni potpis)

Napomena:

- **Radnik se može odreći prava na žalbu od dana primitka rješenja Agencije do dana isteka roka za izjavljivanje žalbe.**
- **Odricanje od prava na žalbu je neopozivo.**