

Podatki delodajalca, ki prijavlja kandidata (ne izpolnjujejo kandidati samoplačniki):

Naziv: _____

E-naslov: _____

Naslov: _____

Številka :

Datum :

PRIJAVA K STROKOVNEMU IZPITU

V skladu z 13. členom Pravilnika o pripravi in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 33/04, 38/06, 84/09, 107/10 – ZPPKZ, 42/12 in 14/15) se prijavljam oziroma prijavljamo kandidata/-ko:

Ime in priimek:

Pridobljen naziv izobrazbe:

Stopnja/raven izobrazbe (ustrezno obkrožiti):

a) srednja strokovna ali manj

b) srednja splošna

c) višješolski programi (do 1994) ali višja strokovna (6/1)

d) 1. bolonjska stopnja oz. specializacija po višješolskih programih oz. visoka strokovna (6/2)

e) 2. bolonjska stopnja oz. specializacija po visokošolskih strokovnih programih oz. univerzitetna (7)

Rojen-a _____ v/na

Stanujoč-a (ulica, hišna številka, pošta)

--	--	--	--	--

Telefon/GSM: _____

Elektronski naslov kandidata/tke: _____

Naziv in naslov podjetja, kjer je kandidat/-ka trenutno zaposlen/-a:

od _____

Pripravnštvo opravljal-a od _____ do _____

v/na/pri _____

Mentor: _____

Prejšnja zaposlitev v/na/pri _____

od _____ do _____

Izpit kandidat/-ka opravlja: **prvič**, **drugič**, **tretjič** (obkrožiti)

Strokovni izpit želim opravljati v mesecu _____

S podpisom te vloge dovoljujem, da Ministrstvo za zdravje pridobi podatke iz uradnih evidenc.

Podpisani/-a dovoljujem uporabo svojih osebnih podatkov pri vodenju evidence strokovnih izpitov, obdelavo podatkov in za analitične potrebe pooblaščenega zavoda oziroma ministrstva v skladu z zakonodajo o varstvu osebnih podatkov in v skladu z zgoraj navedenim pravilnikom.

Podpisani/-a izjavljam, da so podatki resnični, točni in popolni in da zanje materialno in kazensko odgovarjam.

(podpis kandidata/-ke)

(ime in podpis odgovorne osebe)

M. P.

Kraj in datum: _____

Priloge:

- izjava o doseženi stopnji in smeri izobrazbe,
- list o pripravništvu,
- potrdilo o plačilu stroškov izpita,
- potrdilo pooblaščenih izobraževalnih ustanov o uspešno opravljenem preizkusu znanja slovenščine na ravni C1 (zdravniki, doktorji dentalne medicine, diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice ter magistri farmacije, ki so izobraževanje zaključili v tujini),
- potrdilo pooblaščenih izobraževalnih ustanov o uspešno opravljenem preizkusu znanja slovenščine na ravni B2 (ostali zdravstveni delavci, ki so izobraževanje zaključili v tujini)