

PODATKI O PRIJAVITELJU (delodajalec oz. kandidat samoplačnik):

Naziv oz. ime in priimek:	
Odgovorna oseba:	
Naslov:	
E-naslov:	

Datum: _____

PRIJAVA NA STROKOVNI IZPIT

PODATKI O PRIPRAVNIKU/CI:

Ime in priimek:	
Datum in kraj rojstva:	
EMŠO:	
Naslov (ulica, hišna št., pošta):	
E-naslov:	
Telefon:	
Poklic za katerega se kandidat prijavlja na strokovni izpit:	
Trajanje pripravništva:	od: _____ do: _____
Delodajalec v času pripravništva (naziv):	_____
Mentor (ime, priimek, poklic):	_____
Raven izobrazbe v skladu z zakonom, ki ureja slovensko ogrodje kvalifikacij (obkrožiti):	<ul style="list-style-type: none"> • 4. raven izobrazbe • 5. raven izobrazbe • 6. ali 7. raven izobrazbe • 8. raven izobrazbe • 9. raven izobrazbe
Naziv in naslov trenutnega delodajalca:	• _____
Datum pričetka te zaposlitve:	
Podatek o zaključeni srednji šoli (naziv, kraj)	

Strokovni izpit pripravnik/ca opravlja (obkrožiti): prvič – drugič – tretjič.

Strokovni izpit želi pripravnik/ca opravljati v mesecu: _____ 20__.

S podpisom te prijave pripravnik/ca:

- dovoljujem, da Ministrstvo za zdravje pridobi podatke iz uradnih evidenc,
- dovoljujem uporabo svojih osebnih podatkov pri vodenju evidence strokovnih izpitov, obdelavo podatkov za analitične potrebe ministrstva v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, in Pravilnika o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 47/18),
- izjavljam, da so podatki resnični, točni in popolni in da zanje materialno in kazensko odgovarjam,
- potrjujem, da vsa komunikacija glede strokovnega izpita, vključno z vabljenjem na strokovni izpit, poteka po e-pošti, ki je navedena na tej prijavi.

podpis pripravnika/ce

podpis odgovorne osebe delodajalca

(če je prijavitelj delodajalec)

Priloge:

- dokazilo o doseženi ravni in vrsti izobrazbe,
- list o pripravništvu,
- dokazilo o plačilu stroškov izpita in