Ime in priimek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dekliški priimek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj in datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMŠO št.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Državljanstvo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov stalnega prebivališča:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov začasnega prebivališča:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-pošta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zaposlen/a v/pri (naslov in telefon): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Delovno mesto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **PODATKI O ZAKLJUČENEM IZOBRAŽEVANJU**

Fakulteta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visoka strokovna šola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Številka diplome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum in kraj izdaje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum diplomiranja oz. zaključka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pridobljen strokovni naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pridobljen poklic / naziv: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **STROKOVNI IZPIT**

Opravljen strokovni izpit: DA NE

Številka dokumenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum in kraj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zavod, kjer ste opravljali strokovni izpit (naziv in naslov): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strokovni izpit, opravljen v tujini DA NE

Številka dokumenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum in kraj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POTRDILO O NEKAZNOVANOSTI**

* Soglašam, da Zbornica – Zveza pridobi potrdilo o nekaznovanosti po uradni dolžnosti iz evidenc Ministrstva za pravosodje R Slovenije

 **OBVEZNE PRILOGE**

- fotokopija originalne diplome
- fotokopija potrdila o opravljenem strokovnem izpitu (*v primeru, da ste diplomirali po študijskem programu, usklajenem z direktivo Evropskega parlamenta in Sveta št. 2005/36/ES priložite fotokopijo priloge k diplomi iz katere je razviden podatek 2005/36/ES )*- fotokopija potrdila o plačani upravni taksi

Upravna taksa v vrednosti 22,60 € se nakaže na račun Ministrstva za zdravje RS, Štefanova ulica 5,1000 Ljubljana, podračun JFP, številka računa: SI56 01100-1000315637, sklic: SI11 27111-7111002-71234 (za plačilo iz tujine: SWIFT: BSLJS2X, IBAN: SI56 01100-1000315637, Delivery account: 11 27111-7111002-71234).

V primeru, da upravno takso ne poravna vlagatelj vloge je pod namen vplačila potrebno vnesti ime in priimek vlagatelja vloge ter nam kopijo dokazila o plačilu posredovati na zgoraj navedeni naslov.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Izjavljam, da so navedeni podatki v vlogi za vpis v register izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege / podelitev licence resnični, točni in popolni. Zbornici – Zvezi dovoljujem, da lahko po uradni dolžnosti preveri točnost ter, kjer je potrebno, tudi pridobi podatke iz uradnih evidenc oziroma za potrebe upravnega postopka razpolaga z osebnimi podatki. Za svoje izjave prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

\*\* S podpisom te vloge dovoljujem, da Zbornica - Zveza pridobi potrdilo o nekaznovanosti iz uradnih evidenc po uradni dolžnosti