**OSEBNI PODATKI VLAGATELJA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ime in priimek |  | | |
| Dekliški priimek |  | | |
| Datum rojstva |  | Kraj rojstva |  |
| EMŠO številka |  | Državljanstvo |  |
| Stalni naslov |  | | |
| Začasni naslov |  | | |
| Naslov za vročanje | stalno prebivališče | | začasno prebivališče |
| E-pošta (obvezno)[[1]](#footnote-1) |  | Telefon |  |
| Zaposlen/a v/pri  (naslov in telefon) |  | | |

**PODATKI O ZAKLJUČENEM IZOBRAŽEVANJU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Srednja šola/fakulteta (naziv) |  | | |
| Pridobljen strokovni naziv |  | | |
| Datum izdaje spričevala |  | Kraj izdaje spričevala |  |

**preizkus ZNANJA SLOVENSKEGA STROKOVNEGA JEZIKA ŽELIM OPRAVLJATI**

(obkrožite en termin preizkusa)[[2]](#footnote-2)

**2023**

**7. april**   **26. maj**   **25. avgust**

**20. oktober**  **15. december**

**preizkus znanja slovenskega strokovnega jezika želim opravljati na ravni Skupnega evropskega jezikovnega okvira (SEJO)**

(obkrožite eno raven zahtevnosti)

**C1 ustno** in **B2 pisno** (za poklic diplomirana medicinska sestra in diplomirana babica)

**B2 ustno** in **pisno** (za poklic tehnik zdravstvene nege in začasno do 31. 12. 2023[[3]](#footnote-3) za poklic diplomirana

medicinska sestra in diplomirana babica)

**OBVEZNE PRILOGE**

1. **Dokazilo o zaključenem šolanju** ali **o zaključenem študijskem programu** s področja zdravstvene ali babiške nege
2. **Overjen prevod v slovenski jezik dokazila o zaključenem šolanju** ali **o zaključenem študijskem programu** s področja zdravstvene ali babiške nege
3. **Potrdilo o plačilu stroškov preizkusa znanja slovenskega strokovnega jezika** ali izjava delodajalca o kritju stroškov preizkusa

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PLAČILO STROŠKOV PREIZKUSA**  **Stroške preizkusa** v višini **300** evrov se nakaže na računZbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze, Ob Železnici 30 A, 1000 Ljubljana, številka računa: SI56 0201 5025 8761 480, sklic 00 0601-117.  **Pristop k preizkusu** je mogoč **po prejemu** **potrdila o plačilu stroškov preizkusa**[[4]](#footnote-4)ali izjave delodajalca o kritju stroškov preizkusa. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj in datum |  | Lastnoročni podpis |  |

1. Kandidat bo na elektronski naslov obveščen o času in kraju opravljanja preizkusa znanja, o sestavi izpitne komisije ter o drugih informacijah o preizkusu znanja [↑](#footnote-ref-1)
2. Preizkus znanja je sestavljen iz pisnega in ustnega dela ter praviloma istega dnevu poteka na sedežu Zbornice - Zveze. Vsebine preizkusa in druge informacije so objavljene na spletni strani Zbornice - Zveze, povezava <https://www.zbornica-zveza.si/preizkus-znanja-slovenskega-jezika> [↑](#footnote-ref-2)
3. Zakon o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 141/22) je določil, da se ne glede na tretji odstavek 63. člena ZZDej za diplomirano medicinsko sestro, diplomirano babico, ki opravlja svoje delo v neposrednem stiku z bolnikom, zahteva znanje slovenskega jezika na ravni B2 SEJO. Ukrep iz tega člena velja do 31. decembra 2023. Vlada Republike Slovenije lahko ukrep s sklepom največ dvakrat podaljša, vsakokrat za največ šest mesecev [↑](#footnote-ref-3)
4. Kandidat oziroma delodajalec krije stroške preizkusa, če se pravočasno ne odjavi od preizkusa (najpozneje deset dni pred izpitnim rokom), če med opravljanjem preizkusa znanja od preizkusa znanja odstopi ali če uspešno ne opravi preizkusa [↑](#footnote-ref-4)