**Naziv specialnega znanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rok prijave:**

**OSEBNI PODATKI UDELEŽENCA**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek |  |
| Datum rojstva |  | Kraj rojstva |  |
| EMŠO številka |  | Državljanstvo |  |
| Stalni naslov |  |
| E-pošta[[1]](#footnote-1) (obvezno) |  | Telefon |   |
| Zaposlen/a v/pri (naslov in telefon) |  |
| Delovno mesto  |  |

**PODATKI O ZAKLJUČENEM IZOBRAŽEVANJU**

|  |  |
| --- | --- |
| Izobrazba na področju zdravstvene / babiške nege (naziv) |   |
| Leto zaključka izobraževanja |  |

**OBVEZNE PRILOGE**

1. **Izjava delodajalca o delovnem mestu s področja vodenja v zdravstveni / babiški negi (*pogoj* za vključitev v program pridobivanja specialnega znanja s področja managementa in vodenja v zdravstveni / babiški negi je *delovno mesto na področju vodenja in 10 let izkušenj na področju zdravstvene / babiške nege)***

**2. Izjava o plačilu kotizacije**

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

1. E-pošta je obvezni podatek. [↑](#footnote-ref-1)