

PRILOGA 1



Kotnikova 5, 1000 Ljubljana, telefon: 01 478 33 57, faks: 01 478 34 93

PROŠNJA ZA PRIZNANJE KVALIFIKACIJ

1. OSEBNI PODATKI

Ime:		Osební dokument:	
		Številka:	
Priimek:		Kje in kdaj je bil izdan in do kdaj velja:	
Datum rojstva:		Naslov prebivališča v tujini:	
Kraj rojstva:		Naslov prebivališča v Sloveniji:	
Državljanstvo:		Telefon:	
		E-mail:	

2. ŽELIM, DA ME O POTEKU POSTOPKA OBVEŠČATE:

po pošti:	
po faxu:	
po elektronski pošti:	

3. REGULIRANI POKLIC OZIROMA REGULIRANA POKLICNA DEJAVNOST

Prosim za priznanje kvalifikacij za opravljanje naslednjega reguliranega poklica (obkrožite):

- a) zdravnik / zdravnica
- b) zdravnik specialist / zdravnica specialistka
- c) diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik
- d) doktor dentalne medicine / doktorica dentalne medicine
- e) doktor dentalne medicine specialist / doktorica dentalne medicine specialistka
- f) diplomirana babica / diplomirani babičar
- g) veterinar/ veterinarka
- h) magister farmacije / magistra farmacije
- i) odgovorni projektant arhitekture/ odgovorna projektantka arhitekture

Ali ste v državi članici EU iz katere prihajate kvalificirani za opravljanje zgoraj navedenega reguliranega poklica oziroma dejavnosti (obkrožite)? DA/NE

4. DIPLOMA, SPRIČEVALO ALI DRUGA DOKAZILA

(Navedite vse dokumente, ki ste jih priložili k prošnji.)

—
—
—
—
—
—
—
—

Datum: _____

Podpis kandidata: _____