

(Znak ZLMS) **VLOGA ZA VPIS V REGISTER IZVAJALCEV
LABORATORIJSKE MEDICINE**

Ime: _____

Priimek: _____

Kraj in datum rojstva: _____

EMŠO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Državljanstvo: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Naslov začasnega prebivališča: _____

Zaposlen/a v/pri (naslov in telefon): _____

Delovno mesto: _____

Diplomiral/a: _____

Univerza: _____

Fakulteta: _____

Kraj in datum: _____

Kraj in datum opravljenega strokovnega izpita: _____

Kraj in datum opravljene specializacije in njen naziv:

Priznana poklicna kvalifikacija (če kvalifikacija ni bila pridobljena v Republiki Sloveniji)

Pridobljena dodatna znanja:

Član druge strokovne in poklicne organizacije: DA (katere) _____ NE

Pridobljeni znanstveni ali pedagoški nazivi: _____

Pridobljen poklic/naziv: _____

Potrdilo o nekaznovanosti: DA NE

Priloge:

- potrdilo o plačilu upravne takse.

Kraj in datum:

Podpis:

S podpisom te vloge dovoljujem, da Zbornica pridobi potrdilo o nekaznovanosti iz uradnih evidenc po uradni dolžnosti.