

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO

# Diploma



ime in priimek

datum rojstva

kraj rojstva

je diplomiral po visokošolskem strokovnem študijskem programu I. stopnje

*zdravstvena nega*

in si pridobil strokovni naslov

*diplomirani zdravstvenik (VS)*

št. diplome

datum diplomiranja

kraj izdaje

direktor

dekan