

Priloga

**VLOGA ZA VPIS V REGISTER FARMACEVTSKIH STROKOVNIH DELAVCEV PRI IZVAJALCU
LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI**

Ime: _____

Priimek: _____ Dekliški priimek: _____

Kraj in datum rojstva: _____ EMŠO. _____

Državljanstvo: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Naslov začasnega

prebivališča: _____

E-pošta: _____

Telefon: _____

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

Delovno mesto: _____

Podatki o zaključenem izobraževanju

Izobraževalna institucija: _____

Številka listine: _____ Datum in kraj izdaje: _____

Pridobljen naziv izobrazbe:

Pridobljena specializacija (vrsta in datum): _____

Pridobljena dodatna specialna znanja (vrsta in datum): _____

Pridobljeni znanstveni naslovi (vrsta, področje in datum): _____

Pridobljeni strokovni naslovi (vrsta in datum): _____

Pridobljeni pedagoški nazivi (vrsta in datum): _____

Strokovni izpit

Številka dokumenta: _____ Datum in kraj: _____

Organizacija, kjer ste opravljali strokovni izpit:

Priznana poklicna kvalifikacija (če kvalifikacija ni bila pridobljena v Republiki Sloveniji) DA NE**Licenca podeljena** DA NE**Uveljavljam pravico do ugovora vesti** DA NE

Podatki o članstvu v domačih in tujih strokovnih združenjih

Potrdilo o nekaznovanosti DA NE

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

Izjavljam, da so navedeni podatki v tej vlogi resnični, točni in popolni. Lekarniški zbornici Slovenije dovoljujem, da lahko po uradni dolžnosti preveri točnost in, kjer je potrebno, tudi pridobi podatke iz uradnih evidenc oziroma za potrebe upravnega postopka razpolaga z osebnimi podatki ter kopijo osebne izkaznice oziroma potnega lista. Za svoje izjave prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

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