

Priloga 2

Potrdilo o opravljenem usposabljanju oskrbovalca družinskega člana



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO

o opravljenem usposabljanju oskrbovalca družinskega člana

_____ ime in priimek

rojen(a) _____

je opravil(a)

_____ osnovno ali obnovitveno usposabljanje (ustrezno vpišite)

v obsegu: _____ ur

Številka: _____

Ime in priimek vodje usposabljanja:

Datum: _____

Podpis:
