

Priloga 5

Potrdilo o opravljenem usposabljanju prostovoljca v DO



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO

o opravljenem usposabljanju prostovoljca v dolgotrajni oskrbi

ime in priimek

rojen(a) _____

je opravil(a)

usposabljanje za prostovoljca v dolgotrajni oskrbi

v obsegu 10 ur

Številka: _____

Ime in priimek vodje usposabljanja:

Datum: _____

Podpis:
