

Priloga 7

Potrdilo o opravljenem usposabljanju za strokovnega delavca za opravljanje storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO

o opravljenem usposabljanju za strokovnega delavca za opravljanje storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti

ime in priimek

rojen(a) _____

je opravil(a)

usposabljanje za strokovnega delavca za opravljanje storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti

Številka: _____

Ime in priimek vodje usposabljanja:

Datum: _____

Podpis:
