

Priloga 8

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



REPUBLIKA SLOVENIJA  
**MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

**POTRDILO**

**o opravljenem preverjanju za strokovnega delavca za opravljanje storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti**

\_\_\_\_\_ ime in priimek

rojen(a) \_\_\_\_\_

je dne \_\_\_\_\_ pri \_\_\_\_\_

opravil(a)

**preverjanje za strokovnega delavca za opravljanje storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti**

Številka: \_\_\_\_\_

Ime in priimek predsednika/ce komisije:

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis:

\_\_\_\_\_