

Priloga 10

Potrdilo o opravljenem usposabljanju za koordinatorja DO



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO

o opravljenem usposabljanju za koordinatorja dolgotrajne oskrbe

ime in priimek

rojen(a) _____

je opravil(a)

uvodno ali obnovitveno usposabljanje (ustrezno vpišite)

Številka: _____

Ime in priimek vodje usposabljanja:

Datum: _____

Podpis:
