

Priloga 16  
Prijava na usposabljanje

Podatki osebe, ki se prijavlja na usposabljanje

Ime in priimek	
Enotna matična številka občana (EMŠO)	<input type="text"/>
Naslov (ulica, hišna številka, pošta)	
Kontaktna telefonska številka	<input type="text"/>
Usposabljanje na katerega se oseba prijavlja (označite ustrezno)	<p><u>1. Usposabljanje za oskrbovalca družinskega člana</u>  <input type="checkbox"/> osnovno usposabljanje za opravljanje dolgotrajne oskrbo  <input type="checkbox"/> obnovitveno usposabljanje za opravljanje dolgotrajne oskrbo</p> <p><u>2. Usposabljanje prostovoljcev</u> <input type="checkbox"/></p> <p><u>3. Usposabljanje strokovnega delavca za opravljanje storitev za krepitev in ohranjanje samostojnost</u> <input type="checkbox"/></p> <p><u>4. Usposabljanje za koordinatorja dolgotrajne oskrbe</u>  <input type="checkbox"/> uvodno usposabljanje  <input type="checkbox"/> obnovitveno usposabljanje</p> <p><u>5. Osnovno usposabljanje in obnovitveno izobraževanje za strokovne delavce ZZZS</u>  <input type="checkbox"/> osnovno usposabljanje  <input type="checkbox"/> obnovitveno strokovno izobraževanje</p>
Termin usposabljanja na katerega se oseba prijavlja (navedite termin, objavljen na spletni strani)	

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

Podpis osebe, ki se prijavlja na usposabljanje: \_\_\_\_\_

Podatki o prijavitelju (v primeru, da osebo na usposabljanje prijavlja delodajalec)

Naziv	
Odgovorna oseba	
Naslov	
E-naslov	

Če osebo na usposabljanje iz 7. člena, uvodno usposabljanje iz 8. člena ali osnovno usposabljanje iz 10. člena tega pravilnika prijavlja delodajalec, je obvezna priloga tej vlogi potrdilo delodajalca o plačilu stroškov za opravljanje preverjanja.

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

Podpis odgovorne osebe delodajalca in žig: \_\_\_\_\_