

## Priloga 17

## Prijava na preverjanje po usposabljanju

Podatki osebe, ki se prijavlja na preverjanje po usposabljanju

Ime in priimek	
Enotna matična številka občana (EMŠO)	<input type="text"/>
Naslov (ulica, hišna številka, pošta)	
Kontaktna telefonska številka	<input type="text"/>
Področje preverjanja (označite ustrezno)	<input type="checkbox"/> Preverjanje po usposabljanje strokovnega delavca za opravljanje storitev za krepitev in ohranjanje samostojnost <input type="checkbox"/> Preverjanje po uvodnem usposabljanju za koordinatorja dolgotrajne oskrbe <input type="checkbox"/> Preverjanje po osnovnem usposabljanju za strokovne delavce ZZZS
Termin preverjanja na katerega se oseba prijavlja (navedite termin, objavljen na spletni strani)	

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis osebe, ki se prijavlja na preverjanje po usposabljanju: \_\_\_\_\_

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

Naziv	
Odgovorna oseba	
Naslov	
E-naslov	

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

\_\_\_\_\_