PODATKI O PRIJAVITELJU (delodajalec oz. kandidat samoplačnik):

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv oz. ime in priimek: |  |
| Odgovorna oseba: |  |
| Naslov: |  |
| E-naslov: |  |

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

**PRIJAVA NA STROKOVNI IZPIT**

PODATKI O PRIPRAVNIKU/CI:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek\*: |  |
| Datum in kraj rojstva\*: |  |
| EMŠO\*: |  |
| Naslov (ulica, hišna št., pošta)\*: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |
| E-naslov: |  |
| Telefon: |  |
| Poklic za katerega se kandidat prijavlja na strokovni izpit\*: |  |
| Trajanje pripravništva:Delodajalec v času pripravništva (naziv):Mentor (ime, priimek, poklic): | od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Raven izobrazbe v skladu z zakonom, ki ureja slovensko ogrodje kvalifikacij (obkrožiti): | * 4. raven izobrazbe
* 5. raven izobrazbe
* 6. ali 7. raven izobrazbe
* 8. raven izobrazbe
* 9. raven izobrazbe
 |
| Naziv in naslov trenutnega delodajalca: |  |
| Datum pričetka te zaposlitve: |  |
| Podatek o zaključeni srednji šoli (naziv, kraj) |  |
|  |  |

\* obvezni podatki

Strokovni izpit pripravnik/ca opravlja (obkrožiti): prvič – drugič – tretjič.

Strokovni izpit želi pripravnik/ca opravljati v mesecu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

S podpisom te prijave pripravnik/ca:

* dovoljujem, da Ministrstvo za zdravje pridobi podatke iz uradnih evidenc,
* dovoljujem, da Ministrstvo za zdravje, navedene podatke uporabi pri vpisu v register, ki ga ministrstvo opravi po uradni dolžnosti, na podlagi Pravilnika o registru o zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih v zdravstvi dejavnosti (Uradni list RS, št. 044/2024),
* dovoljujem uporabo svojih osebnih podatkov pri vodenju evidence strokovnih izpitov, obdelavo podatkov za analitične potrebe ministrstva v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, in Pravilnika o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 47/18),
* izjavljam, da so podatki resnični, točni in popolni in da zanje materialno in kazensko odgovarjam,
* potrjujem, da vsa komunikacija glede strokovnega izpita, vključno z vabljenjem na strokovni izpit, poteka po e-pošti, ki je navedena na tej prijavi.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| podpis pripravnika/ce | podpis odgovorne osebe delodajalca(če je prijavitelj delodajalec) |
|  |  |

Priloge:

* dokazilo o doseženi ravni in vrsti izobrazbe,
* list o pripravništvu,
* dokazilo o plačilu stroškov izpita