

PRIJAVA na
preizkus znanja slovenskega strokovnega jezika za zdravnike in doktorje
dentalne medicine

OSEBNI PODATKI KANDIDATA/-KE

Ime:		Priimek:	
Datum rojstva:		Kraj in država rojstva:	
EMŠO/identifikacijska številka:			
Naslov stalnega prebivališča:		Naslov za pošiljanje pošte (če ni enak naslovu stalnega prebivališča):	
Telefon:		E-naslov:	

IZOBRAZBA/ POKLICNA KVALIFIKACIJA KANDIDATA/-KE:

- ☐ zdravnik
☐ doktor dentalne medicine
☐ področje morebitne opravljene specializacije: _____

IZPITNI ROK, NA KATEREGA SE KANDIDAT/-KA PRIJAVLJA:

Datum:		Podpis:	
--------	--	---------	--

Obvezna priloga k prijavi:

- Potrdilo o plačilu stroškov preizkusa znanja*

* Prijava je popolna z dnem predložitve dokazila o plačilu preizkusa znanja

- dokazilo o izobrazbi/ poklicni kvalifikaciji (diploma medicinske fakultete, odločba o priznanju poklicne kvalifikacije, potrdilo o opravljeni specializaciji itd.)