

PRIJAVA NA STROKOVNI IZPIT

ZA POKLIC DOKTOR DENTALNE MEDICINE

ZA POKLIC ZDRAVNIK

(ustrezno označi)

K strokovnemu izpitu lahko pristopi kandidat/-ka, ki je opravil/-a predpisani program pripravništva za poklic doktor dentalne medicine oziroma za poklic zdravnik in ima potrjen List/E-List pripravnika oziroma List/E-List sekundarija.

PODATKI O VLAGATELJU PRIJAVE (delodajalec oz. kandidat/-ka samoplačnik/-ca):

Naziv delodajalca: (oz. ime in priimek kandidata/-ke samoplačnika/-ce):	
Odgovorna oseba delodajalca:	
Naslov delodajalca:	
E-naslov delodajalca*:	

PODATKI O KANDIDATU/-KI:

Ime in priimek:	
Datum in kraj rojstva:	
Naslov (ulica, hišna št., pošta):	
E-naslov*:	
Telefon:	

* vsa komunikacija v zvezi s strokovnim izpitom, vključno z vabljenjem na strokovni izpit, bo potekala preko e-naslovov, navedenih na tej prijavi

Trajanje pripravništva:	od: _____ do: _____
-------------------------	---------------------

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

Dan _____ mesec _____ leto _____

Kandidat/-ka k strokovnemu izpitu pristopa (označiti):

prvič drugič tretjič četrtič petič

Obvezne priloge k prijavi:

- dokazilo o doseženi ravni in vrsti strokovne izobrazbe (*ni treba prilagati, če zbornica dokazilo že poseduje*),
- dokazilo o znanju slovenskega jezika (*ni treba prilagati, če zbornica dokazilo že poseduje*),
- potrjen List pripravnika oziroma sekundarija
- dokazilo o plačilu stroškov strokovnega izpita.

Datum: _____

Podpis prijavitelja: _____