

### ДОДАТОК № III

#### **Заява на автоматичне визнання професійної кваліфікації відповідно до узгоджених мінімальних умов професійної підготовки**

#### **1. ОСОБИСТІ ДАНІ**

Ім'я:

Прізвище:

Дата народження:

Місце народження:

Громадянство:

Паспортний документ:

Місце і дата видачі:

Термін дії:

Адреса за кордоном:

Адреса в Словенії:

Номер телефону:

Адреса е-пошти:

#### **2. ТАК, ПРОШУ МЕНЕ ІНФОРМУВАТИ ПРО ХІД РОЗГЛЯДУ ПРОЦЕДУРИ:**

По пошті:

По факсу:

По електронній пошті:

#### **3. РЕГУЛЬОВАНА ПРОФЕСІЯ**

Прошу про визнання професійної кваліфікації для заняття наступною регульованою (регламентованою) професією (необхідне позначити):

- a) Лікар
- b) Лікар - спеціаліст; область спеціалізації: \_\_\_\_\_
- c) Дипломована медична сестра
- d) Стоматолог
- e) Стоматолог вузької спеціалізації
- f) Дипломована акушерка
- g) Лікар-ветеринар
- h) Провізор, фармацевт
- i) Відповідальний проєктант-архітектор

Чи у державі-члені, з якої ви прибули, ви маєте визнану професійну кваліфікацію для заняття вище зазначеною регульованою (регламентованою) професією (необхідне позначити)? ТАК/НІ

**4. ЗДОБУТА ОСВІТА ТА ДОДАТКОВА ОСВІТА**

Назва навчального закладу (мовою оригіналу):

Адреса навчального закладу:

Держава:

**5. ПРОФЕСІЙНИЙ ДОСВІД**

Професійний досвід, отриманий впродовж виконання регульованої (регламентованої) професії (вказати дати, трудові організації, посаду та надати відповідні докази):

**6. ДИПЛОМ, АТЕСТАТ АБО ІНШІ ДОКАЗИ**

Вкажіть всі документи, які ви додали до заяви.


Дата: \_\_\_\_\_

Підпис кандидата: \_\_\_\_\_